

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : REPÈRES POUR L'INTERVENTION
AUPRÈS DES FAMILLES D'ACCUEIL OU ADOPTANTES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
MICHÈLE OUELLET

SEPTEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*Je dédie ce mémoire à tous les enfants sans famille
dans l'espoir que nous puissions un jour reconnaître
qu'ils sont une des plus grandes valeurs de notre société.*

REMERCIEMENTS

Au cours des cinq dernières années, cette démarche de recherche et ce mémoire ont représenté un important investissement personnel. J'ai dû me consacrer à la recherche et à l'écriture en plus de mes responsabilités familiales et professionnelles. Tout cela n'aurait pas été possible sans le support de mon directeur de mémoire, Amnon Jacob Suissa. Je tiens particulièrement à le remercier de m'avoir accompagnée sur ce parcours. Sans la rigueur qui le caractérise et son approche bienveillante, j'aurais perdu à plusieurs occasions le fil conducteur de mon projet. J'ai aussi apprécié sa disponibilité, sa capacité de me ramener à l'essentiel et ses multiples encouragements, en particulier, celui de croire en moi. Ce mémoire aura également nécessité l'implication d'autres personnes du milieu universitaire. J'aimerais remercier Micheline Cloutier Turcotte qui travaille plus souvent dans l'ombre, mais dont la présence est si indispensable au cheminement d'une étudiante. J'ai grandement apprécié sa disponibilité et son écoute. Elle a su orienter mes démarches à travers toutes les étapes de la maîtrise. Je tiens aussi à remercier Ginette Berteau de m'avoir soutenue à un moment critique de mon projet et François Huot pour m'avoir inspirée pendant mes études.

Mes remerciements seraient incomplets si je ne citais pas ma famille. Je remercie mon conjoint Pierre d'avoir accepté avec cette grande générosité de côtoyer une avide de connaissances. Par sa patience et sa grande tolérance, par sa capacité à prendre en charge à certains moments les responsabilités familiales, j'ai pu consacrer les heures nécessaires à l'écriture de ce mémoire. Je remercie aussi mes deux amours, David et Alexis, d'avoir aussi accepté une mère étudiante, souvent assise devant son ordinateur et moins disponible à leurs besoins.

Je souhaite remercier mes collègues étudiantes, Nathalie Robitaille, Hélianne-Aurore Gauthier, Estelle Bernard et Louise Galipeau, pour avoir trouvé tous les mots d'encouragement nécessaires qui m'ont été grandement bénéfiques. Je remercie également Carole Forget pour son aide précieuse pour les transcriptions, tâche qui ne m'inspirait guère étant donné mes talents limités à cet égard. Un merci spécial à Danielle Marchand de PETALES, pour son aide dans ma recherche de participants.

En terminant, je tiens à remercier tous les parents et enfants que j'ai côtoyés en lien avec les difficultés d'attachement. Source d'inspiration et de désir de me surpasser, sans eux, ce travail aurait été impossible. Ils ont été la riche pépinière de mes observations.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
INTRODUCTION.....	1
L'ATTACHEMENT, UNE RÉALITÉ À MULTIPLES FACETTES.....	1
I Trajectoire personnelle.....	1
II L'attachement : la naissance d'une lecture commune.....	3

CHAPITRE I

LA CONJONCTURE ACTUELLE DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT.....	6
1.1 Contexte du projet.....	6
1.2 La problématique.....	7
1.2.1 Trouble ou problème d'attachement?.....	9
1.2.2 Les dimensions culturelles de l'attachement.....	15
1.2.3 La médicalisation des problèmes d'attachement.....	17
1.2.4 La notion de temps en attachement.....	19
1.2.5 Question de recherche.....	21

CHAPITRE II

LES ÉCOLES DE PENSÉE.....	24
2.1 Quelques concepts principaux.....	26
2.2 Le concept derrière la théorie de l'attachement.....	26

2.2.1	Bowlby.....	26
2.2.2	Ainsworth.....	29
2.2.3	L'approche dynamique maturationnelle de Patricia Crittenden.....	31
2.3	Aspect traumatique.....	35
2.4	La prédisposition neurobiologique.....	39
2.5	Les interactions familiales et leurs influences sur la dynamique de construction du lien..	42
2.5.1	Le concept d'état d'esprit.....	43
2.5.2	Typologie des états d'esprit d'attachement chez l'adulte.....	46
2.5.3	L'intervention familiale.....	53
2.5.4	La notion de tiers absent, le deuil de l'absence et leurs fantômes.....	57
2.5.5	L'attachement du couple, une continuité dans les interactions.....	61
2.6	Les diverses alternatives du travail thérapeutique.....	62
2.6.1	Les thérapies conventionnelles.....	63
2.6.2	Le programme de prévention de l'Agence : les outils d'attachement.....	64
2.6.3	La thérapie de l'attachement.....	65
2.6.4	La psychothérapie développementale dyadique.....	67
2.6.5	Le modèle d'intervention du Centre Jeunesse de Montréal.....	68
2.6.6	La thérapie du milieu de Niels Peter Rygaard.....	71
2.6.7	L'adopteparentalité de Johanne Lemieux.....	76
2.6.8	Le modèle d'intervention du Centre Jeunesse Montérégie.....	77
2.6.9	Modèle d'intervention clinique en CLSC auprès des familles adoptantes et de leurs enfants.....	78
2.6.10	Le modèle de Moss et ses collègues (2009).....	80

CHAPITRE III

LES FONDEMENTS MÉTHODOLOGIQUES.....	82
3.1 Postulats de base.....	82
3.2 L'illustration de l'attachement dans la famille.....	83
3.2.1 Schéma du processus d'attachement.....	84
3.2.2 Description d'ensemble.....	84
3.3 Devis opératoire.....	87
3.4 Schéma d'entrevue.....	88
3.5 Recrutement.....	88
3.6 Caractéristiques de l'échantillon.....	89
3.6.1 Répartition des approches utilisées selon les participants.....	90
3.6.2 Clientèle.....	90
3.6.3 Modalités d'intervention.....	91
3.7 Les considérations éthiques.....	91
3.8 Ressources humaines et diffusion.....	92

CHAPITRE IV

LES REPRÉSENTATIONS DES PARTICIPANTS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS....	93
4.1 Présentation et méthode.....	93
4.2 Les représentations de l'attachement.....	94
4.2.1 Les écoles de pensée.....	94
4.2.2 Les variantes des définitions de l'attachement.....	95
4.2.3 Le pronostic des interventions.....	99

4.3	Les approches utilisées.....	100
4.3.1	L'intervention systémique et quelques approches complémentaires.....	100
4.3.2	Des variantes comme grille de lecture.....	101
4.3.3	L'intervention groupale.....	102
4.3.4	Les modalités d'intervention.....	102
4.3.5	Le modèle d'intervention familiale de Zaslow.....	103
4.3.6	Les dimensions inconscientes de l'intervenant en attachement.....	104
4.4	Les changements observables.....	104
4.4.1	Les changements chez l'enfant.....	106
4.4.2	Les changements dans le système familial.....	107
4.5	Les pistes d'intervention privilégiées.....	107
4.5.1	Les buts de l'intervention.....	108
4.5.2	Les rôles dans l'intervention.....	108
4.5.3	Les finalités de l'intervention.....	110
4.5.4	Le réseau social et l'intervention.....	110
4.5.5	La notion de tiers absent en intervention.....	111
4.5.6	L'évaluation des postulants à l'adoption ou des familles d'accueil.....	113
4.5.7	L'observation.....	117
4.5.8	Les dimensions développementales.....	117
4.5.9	Les dimensions familiales et systémiques.....	118
4.5.10	Les interventions préventives.....	119
4.5.11	Le défi des interventions curatives.....	120
4.5.12	Les interventions idéales.....	121

CHAPITRE V

PERSPECTIVES ET REPÈRES À CONSIDÉRER POUR L'INTERVENTION.....	123
5.1 L'évaluation psychosociale.....	123
5.2 Les transformations familiales.....	126
5.3 La fonction de l'observation.....	128
5.4 Les modalités d'intervention privilégiées.....	128
5.5 Le travail social et les déterminants sociaux.....	133
5.6 Repères pour l'intervention.....	134
CONCLUSION.....	136

ANNEXE A

SCHÉMA D'ENTREVUE.....	138
------------------------	-----

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS.....	140
--	-----

ANNEXE C

LETTRE D'INFORMATION.....	142
---------------------------	-----

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	145
---------------------------------	-----

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE CSSS JEANNE-MANCE.....	147
---	-----

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	150
----------------------------------	-----

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
1.2.1.1 Selon le DSM-IV, le trouble réactionnel de l'attachement est :	11
1.2.1.3 Graphique inspiré de l'adoptparentalité de Johanne Lemieux.	13
2.2.1.1 Cercle de la confiance de Bowlby.....	28
2.2.2.1 Tableau des comportements de l'enfant selon les modes d'attachement de Main et Ainsworth.....	30
2.2.3.1 Schéma de Crittenden.....	34
2.6.6.1 Cinq stades d'auto organisation.....	72
3.2.1 Schéma du processus d'attachement.....	84
3.6.1 Répartition des approches utilisées selon les participants.....	90
3.6.2 Modalités d'intervention.....	91

LISTE DES ABRÉVIATIONS

(Par ordre d'apparition dans le texte)

CSSMM	Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain
CLSC	Centre local de services communautaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TED	Troubles envahissants du développement
PAA	Preschool Assessment of Attachment/ un modèle dynamique et développemental de mesure à partir du modèle de classification d'Ainsworth. 20 minutes d'interaction en laboratoire
SAA	School age Assessment of Attachment
TAAI	Assessment Attachment Interview, soit une adaptation du AAI pour adolescents et jeunes adultes.
AAI	Adult attachment interview (<i>Entretien d'Attachement Adulte</i>)
PTSD	Post traumatic syndrom disorder (<i>Syndrome post traumatique</i>)
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
PETALES	Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement, Ligue d'Entraide et de Soutien
OLO	Œuf, Lait, Orange (Programme pour femmes enceintes socio-économiquement défavorisées)
PACE	Playfulness, acceptance, curiosity and empathy (<i>plaisir, acceptation, curiosité et empathie</i>)
EMDR	Intégration Neuro-Emotionnelle par le traitement adaptatif de l'information
CSSS	Centres de santé et de services sociaux

RÉSUMÉ

La question de l'attachement fait partie de la réalité du travail social depuis de très nombreuses années. Même si on parlait alors de « carence affective », ce n'est qu'au cours des dernières décennies que plusieurs auteurs ont examiné sous plusieurs angles une définition plus contemporaine pour mieux comprendre la dynamique relationnelle de l'enfant. Parmi les facteurs explicatifs, l'explosion de l'adoption internationale au cours des années 1990 a contribué à l'urgence de bonifier la recherche vu l'augmentation des demandes de consultations auprès des services publics. Ceci étant, la complexité des interventions associées aux problèmes d'attachement et à la relation parent-enfant a créé certaines « lacunes » de savoir chez les professionnels. Dit autrement, si nous parlons plus des questions liées à l'attachement, le processus d'intervention avec des repères précis est loin d'être étoffé. En privilégiant des interventions visant une approche familiale et systémique, ce mémoire propose une représentation multifactorielle du phénomène de l'attachement. À travers des entrevues en profondeur auprès d'intervenants experts, cette démarche nous permet d'identifier des modèles d'intervention existants et des repères d'intervention qui permettent l'amélioration des dynamiques familiales et jusqu'à un certain point, le renouvellement des pratiques. Dans une perspective de travail social et de changement, ce mémoire suggère également quelques pistes d'intervention.

Mots clés : Attachement, post adoption, famille adoptante, famille d'accueil, relations parent-enfant, intervention familiale.

INTRODUCTION

L'ATTACHEMENT, UNE RÉALITÉ À MULTIPLES FACETTES.

I. TRAJECTOIRE PERSONNELLE

Ma réflexion sur l'attachement a débuté, il y a 24 ans, au moment où je travaillais auprès d'un service spécialisé avec des cohortes d'enfants abandonnés. J'ai entrepris ma pratique en tant que technicienne en travail social dans un établissement public, connu à l'époque sous le sigle de CSSMM (Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain). Mes premières démarches d'emploi m'ont conduite à un poste permanent auprès d'enfants et d'adolescents en situation de compromission, étant donné leur statut d'abandon. Je n'avais aucune idée de ce qui m'attendait dans mes nouvelles fonctions, mais je ressentais un vif intérêt pour l'avenir de ces enfants.

De fil en aiguille, j'ai approfondi ma connaissance de la problématique de ces enfants et de ces adolescents souvent laissés pour compte par les institutions, les familles et la société. Ce regard critique s'est imposé en côtoyant de nombreuses familles dès mon entrée dans le monde du travail social. Confrontée à maintes situations où des enfants semblaient complètement oubliés dans leurs familles d'accueil par les intervenants, je ne parvenais pas à comprendre l'état des choses qui menait à cette carence. Ces enfants et adolescents, n'ayant pas de parents d'origine habilités à maintenir un contact, se retrouvaient « pris en charge » par des intervenants. Épuisés, sollicités à outrance, monopolisés par une clientèle plus exigeante ou problématique, dépossédés

de leur feu sacré, ils « oubliaient » les enfants qui demandaient peu. Ces jeunes bénéficiaires pouvaient ne pas avoir de contact avec leur intervenant, pendant parfois près d'une année. S'ils devenaient bruyants par des demandes agissantes alors, un placement en réadaptation devenait « la mesure » à prendre pour alléger leur souffrance.

J'ai par la suite, obtenu mon baccalauréat en travail social et œuvré avec d'autres institutions, mais en gardant toujours le souvenir de cette affection pour ces enfants aux besoins particuliers. J'ai travaillé dans divers programmes en CLSC (Centre local de services communautaires) et en pratique privée. Je suis intervenue en amont et en aval de l'abandon que ce soit en périnatalité, en santé mentale, en adoption internationale ou en post adoption. Ma réflexion s'est poursuivie et à certains moments, s'est embrouillée devant la contradiction de quelques écoles de pensées. J'ai compris, en côtoyant ces familles, ce qui incitait une mère ou un père à abandonner son enfant. J'ai aussi compris ce qui motivait un autre parent à accueillir cet enfant et ce qui conduisait l'enfant à rechercher ses racines.

Contrairement à plusieurs intervenants du monde de l'adoption, je ne suis ni adoptée, ni adoptante. J'ai simplement développé cet intérêt pour l'amour de ces enfants. C'est ainsi que je me suis présentée dans ce monde de l'attachement, sans connaître le moindre concept de la théorie de l'attachement, inexistant dans nos discours de l'époque. Je m'y suis intéressée, de manière plus intensive, il y a environ neuf ans. C'est à ce moment que j'ai commencé à me questionner, à chercher la « *recette* », la

II. L'ATTACHEMENT : LA NAISSANCE D'UNE LECTURE COMMUNE

Même si le concept de l'attachement a germé durant les années 50, il est longuement demeuré silencieux dans l'histoire des services sociaux québécois, au cours du dernier demi-siècle. Assez récemment, plusieurs auteurs se sont questionnés sur la réalité complexe de l'attachement, pour mieux comprendre les « *blessures* » chez l'enfant et ce qui pouvait faire obstacle à son fonctionnement en société. Nombreux sont les auteurs, qui ont développé et approfondi une vision plus contemporaine de l'attachement à travers les travaux de Bowlby, Ainsworth et Crittenden.

Les 20 dernières années ont marqué un progrès considérable dans la saisie de ce phénomène. Vers la fin des années 80, dans les centres de services sociaux au Québec, on parlait davantage « d'ancrage affectif » pour faciliter la vie d'un enfant abandonné plutôt que d'attachement. Alors que l'on évoquait la mise sous tutelle par le biais de la DPJ (Direction de la protection de la jeunesse) en vue d'un placement jusqu'à la majorité; les placements multiples en familles d'accueil n'ont fait qu'augmenter. Nous nous sommes alors intéressés davantage à la notion de « projet de vie » d'un enfant afin de lui fournir les conditions favorables d'amélioration de son processus d'attachement et de son fonctionnement social. Déjà, la notion de temps devenait centrale pour l'avenir de ces enfants. Sauf qu'à cette époque, ce temps concernait l'intervenant bien plus que l'enfant. L'ambiguïté du facteur temps pouvait entraîner « l'oubli » de l'enfant dans son milieu; le prédisposant à un placement jusqu'à sa majorité plutôt qu'à l'orientation vers un véritable projet de vie.

S'ajoute aujourd'hui, l'ère de la médicalisation des problèmes sociaux. Plusieurs spécialistes apposent une étiquette pathologique et/ou de « meilleurs » diagnostics à un enfant en souffrance. Quelle est la conception du processus d'attachement? Faisons-nous consensus sur une définition commune? Qu'en est-il des ressources de

traitement? L'ampleur des demandes de familles en souffrance dont l'enfant présente des difficultés importantes en ce qui concerne sa capacité d'attachement nous laisse devant une certaine incertitude, un vide de services. Dans cette optique, un bon nombre d'intervenants remettent les services actuels en question et s'interrogent au sujet de leurs connaissances et de leurs compétences autant au plan théorique que pratique.

Dans ce contexte, ma démarche de recherche prend sa source dans mon désir d'approfondir mes connaissances et d'analyser les influences des diverses théories. D'une part, celles sous-jacentes au concept même de l'attachement et d'autre part, l'influence de ces théories sur le travail des intervenants qui travaillent avec cette problématique.

1. Comment les intervenants actuels se représentent-ils le phénomène des problèmes d'attachement?
2. Quelles sont les approches qu'ils privilégient en intervention, les « bons coups » comme les moins « bons coups » vécus dans leurs pratiques?
3. Quels sont les changements observables à la suite des interventions?
4. Considèrent-ils la notion de changement social global au-delà de l'intervention plus ciblée sur le symptôme en question?

Devant ces multiples questions, ce mémoire souhaite apporter un certain nombre de réponses qui pourraient élucider notre objet de recherche, soit le processus d'attachement et certains enjeux psychosociaux en contexte d'intervention. Toutefois, nous n'avons pas la prétention de dire qu'il couvrira l'ensemble des enjeux psychosociaux, mais il permettra d'approfondir les connaissances théoriques et pratiques. Le contenu abordé soulignera les diverses théories importantes qui permettent de bien saisir le concept global de l'attachement. Il nous aidera à mieux

comprendre les influences des théories médicales apparentées; puis il exposera brièvement les modèles d'intervention existants pour finalement comprendre les représentations des intervenants issus de notre milieu de la santé et des services sociaux.

Ce mémoire sera composé de cinq chapitres. Tout d'abord, nous traiterons de notre trajectoire professionnelle et de la conjoncture de l'attachement. Le deuxième chapitre offrira une recension des écrits ainsi que le cadre théorique qui servira de cadre d'analyse pour notre objet de recherche. Notre inspiration découlera de l'approche systémique dans l'intervention auprès des familles. Le chapitre III fera état des fondements méthodologiques. Le chapitre IV présentera les représentations des intervenants interrogés. Le dernier chapitre dégagera les perspectives importantes dans un contexte de changement social et les repères pour l'intervention. Nous croyons que ce mémoire peut s'inscrire dans un processus de renouvellement des pratiques sociales. Aux fins de rédaction, nous traiterons ce mémoire en utilisant le pronom personnel nous.

CHAPITRE I

LA CONJONCTURE ACTUELLE DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT

1.1 CONTEXTE DU PROJET

À travers nos expériences professionnelles, nous avons constaté que plusieurs des enfants rencontrés pendant notre pratique ont pris le chemin de la marginalité, et même de la rue. À 18 ans, ils étaient la plupart du temps, de nouveau abandonnés par le système censé les protéger. Certains ont dressé un large fossé entre eux et leurs parents-substituts par manque de moyens pour contrer la détresse de chacun. Plusieurs se sont retrouvés délaissés par la société parce qu'ils finissaient par stagner dans la zone grise des services et devenir des non-sujets.

Comment expliquer cette amnésie des conditions de vie? Il est difficile d'en identifier clairement et de manière précise les véritables causes, celles-ci étant inter-reliées et transversales. Ces enfants sont identifiés, sous l'étiquette particulière, d'un problème social multifactoriel. Leur situation de vie psychologique, affective et sociale est complexe. Cette complexité confronte souvent l'intervenant à l'échec et aux limites de sa compétence, l'adéquation de ses ressources personnelles et des ressources sociales disponibles dans l'environnement des services. Car, l'intervention auprès de ces personnes se révèle longue et fastidieuse. On peut douter qu'ils entraînent des coûts importants aux établissements et confrontent très tôt les parents à leurs propres vulnérabilités, rendant la relation invivable, voire douloureuse. Certains auteurs : Steinhauer (1996) et Wikes (1989) identifient que les enfants placés qui pourraient

bénéficier d'une psychothérapie font partie plus souvent de l'exception, les traitements ayant peu à leur offrir. Cette dynamique complexe engendre par voie de conséquences certains dérapages : listes d'attente, services non équipés pour répondre aux divers besoins, nombreux déplacements des enfants, chevauchement de services, etc.

1.2 LA PROBLÉMATIQUE

C'est dans cette perspective, que nos intérêts pour ce sujet n'ont cessé de croître, pour en faire notre thème de recherche. Nous souhaitons aborder le problème psychosocial suivant : *les difficultés d'attachement chez l'enfant et l'adolescent abandonnés, en voie d'adoption ou adoptés en contexte d'intervention familiale*, parce que nous constatons à travers nos expériences professionnelles qu'ils se retrouvent en nombre grandissant dans les milieux de travail. Nous observons également d'un point de vue systémique que certaines de nos institutions, au nom de leur souci d'économie, peuvent contribuer en grande partie à augmenter les problèmes d'attachement chez ces enfants. Parfois, certains dirigeants préoccupés par une saine gestion d'établissement finissent par perdre de vue les besoins principaux de ces enfants. Les sujets disparaissent souvent derrière des critères technocratiques. Il n'est pas rare de voir intervenir un nombre important d'intervenants auprès d'une même famille. Le modèle d'application des programmes des établissements et les critères d'attribution des dossiers aux intervenants en sont la cause. Il est aussi fréquent de voir se multiplier les familles qui accueillent l'enfant pour des raisons souvent sans véritable fondement. De plus, nous constatons que plusieurs familles intègrent un tout-petit dans leur vie, sans intervention soutenue de l'établissement auquel ils se réfèrent et aussi sans vraiment être conscientes de ce qui les attend, constat déjà rapporté par Sellenet (2005-2006). Il peut se révéler délicat pour le commun des mortels, non sensibilisé aux problèmes d'attachement, de prévoir la capacité de l'enfant à

s'attacher à ses nouveaux parents et par le fait même de projeter les difficultés potentielles. Nous assistons alors à de multiples placements dans lesquels l'enfant se retrouve déplacé d'un milieu à un autre, sans la possibilité de créer de véritables attaches. Il peut garder en tête l'impression que le milieu deviendra dangereux pour lui, contribuant à augmenter sa souffrance psychique. (Berger, 2004)

« C'est ainsi qu'on assiste alors à l'éclosion des points faibles de notre système de protection : familles d'accueil mal payées, recevant trop d'enfants, rotation rapide du personnel et aussi un effet frappant dans lequel la pathologie parentale n'est pas repérée par les intervenants même lorsqu'il y a présence de troubles graves tels que la schizophrénie. » (Berger, 2004 – p.180)

Peut-on parler de cercles vicieux? Y a-t-il un espace d'expression pour d'autres acteurs afin de sensibiliser les instances concernées? Pour éviter le constat de ce chassé-croisé silencieux et, parce que la voix d'un petit nombre de personnes est trop faible pour se faire entendre, nous finissons par être convaincus qu'il s'agit de la normalité d'une situation de vie. Nous retournons tous dans nos familles retrouver ceux qui nous aiment et le lendemain, nous reprenons ce travail de la même façon qu'il a été laissé la veille. Lorsque dans notre fort intérieur, la souffrance de l'enfant refait surface, l'humain en nous se réveille, tentant désespérément de trouver une solution pour sortir ces petits de leur désespoir.

« Plusieurs poursuivent l'intervention avec ces enfants pour prouver que leur destin n'est pas incontournable. L'intervenant finit par s'identifier à l'enfant et prendre une place protectrice importante. L'intérêt du début s'est changé en une véritable passion avec le plaisir d'inventer et de collaborer avec ces familles. » (Berger, 2004 – p.181)

Peut-on parler alors d'un mur organisationnel et technocratique? À cette question, nous pouvons dire que l'intervenant peut parfois être confronté aux limites d'un système qui ne laissera pas d'autres choix, que de faire la route en solitaire. S'il souhaite répondre aux exigences de l'établissement, il peut rendre la famille invisible. En optant pour la réponse aux besoins de la famille qui vient souvent en opposition avec ceux de l'organisation, c'est celle-ci qui devient invisible. Le travail, en tenant compte de l'intérêt de chacun, peut devenir complexe et exige communication et transparence. Cette réalité est bien soulignée par Brodeur et Berteau (2007).

« Dans ces situations, les travailleurs sociaux peuvent être amenés à renoncer à des principes auxquels ils tiennent ou à chercher des compromis avec leur employeur. » (Brodeur et Berteau, 2007 — p.250)

Aussi, pour expliquer davantage l'invisibilité de la famille, nous faisons référence à Barel, qui emprunta ce concept à la psychanalyse :

« Il y a triangulation lorsqu'un rapport triangulaire revêt l'aspect d'une relation duale. Dans ce rapport, un acteur devient invisibilisé par les deux autres. » (Barel, 1982, cité par Di Tirro, 2008).

Dans ce contexte, un défi est soulevé. Comment intervenir pour le bien-être des familles sans renoncer à nos principes professionnels au plan éthique?

1.2.1 Trouble ou problème d'attachement?

En tout premier lieu, il nous apparaissait impératif de réfléchir, prendre un recul et analyser l'angle avec lequel il serait possible de créer des conditions plus propices à un pouvoir d'agir, et ce, pour mieux intervenir sur les problèmes d'attachement. À cet

égard, nous avons choisi de nous intéresser à la dimension des problèmes d'attachement et non aux troubles afin de ne pas limiter notre recherche sur un aspect cristallisé de l'attachement.

Plusieurs écoles de pensée qui adhèrent aux théories actuelles de l'attachement s'appuient sur des versions diagnostiques du DSM-IV et en font une lecture qui alimente des conditions permanentes de ce statut. Selon Wakefield (2006), de nombreux auteurs qui se sont inspirés de la perspective constructiviste affirment que le diagnostic du trouble mental est avant tout un jugement de valeur qui catégorise des comportements sociaux désapprouvés.

« Une condition est un trouble mental uniquement si elle est préjudiciable au regard de valeurs sociales et, de ce fait, si elle justifie potentiellement l'attention médicale. » (Wakefield, 2006 – p.39).

Plusieurs auteurs (Collin et Suissa, 2007) constatent une médicalisation excessive des conditions normales de l'être humain et le DSM considère peu le contexte dans ses critères diagnostiques, se concentrant plutôt sur les symptômes et les comportements.

Tout d'abord, il faut recadrer les origines de la conception du DSM. Selon Coudurier (2005), ce système de classification nord-américain a débuté en 1840. À cette époque, les professionnels du milieu médical y classifiaient les différentes formes de la folie. Plusieurs révisions ont été effectuées pour répondre en partie à des besoins administratifs. Vers les années 70, les compagnies d'assurance et les gouvernements qui constatent des variations importantes dans les demandes de traitements souhaitent une refonte du système pour uniformiser les diagnostics. La construction du DSM s'est bâtie selon un concept de « crédibilité » qui permettait d'établir une concordance selon le nombre de cas diagnostiqués avec des symptômes similaires.

L'objet du DSM était d'établir une limite entre le normal et le pathologique. Une concordance entre les classes diagnostiques justifiait alors la fiabilité de l'outil.

« Ce que nous avons à craindre des DSM n'est pas leur caractère scientifique, mais au contraire leur très peu de scientificité » (Coudurier, 2005 – p. 33).

Coudurier (2005) rapporte aussi le caractère subjectif du DSM, faisant ainsi obstacle à la « fiabilité ».

1.2.1.1 Définition du DSM-IV

Selon le DSM-IV, le trouble réactionnel de l'attachement est :

<p>A. Il s'agit d'un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de cinq ans, comme en témoignent les manifestations</p> <p>(1) ou (2)</p> <p>B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme le retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.</p>	<p>(1) type inhibé : incapacité persistante, dans la plupart des situations, à encourager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade de développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex. , l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approches, réactions de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une « vigilance glacée ».)</p> <p>(2) type désinhibé : liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité à faire</p>
---	--

	preuve d'attachements sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement).
C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :	<p>(1) Négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection.</p> <p>(2) Négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant.</p> <p>(3) Changements répétés de personnes qui prennent soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p. ex, changement fréquent de nourrices ou de parents adoptifs).</p>
D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (p. ex, la perturbation décrite en A, a débuté à la suite de la carence de soins décrite en C	

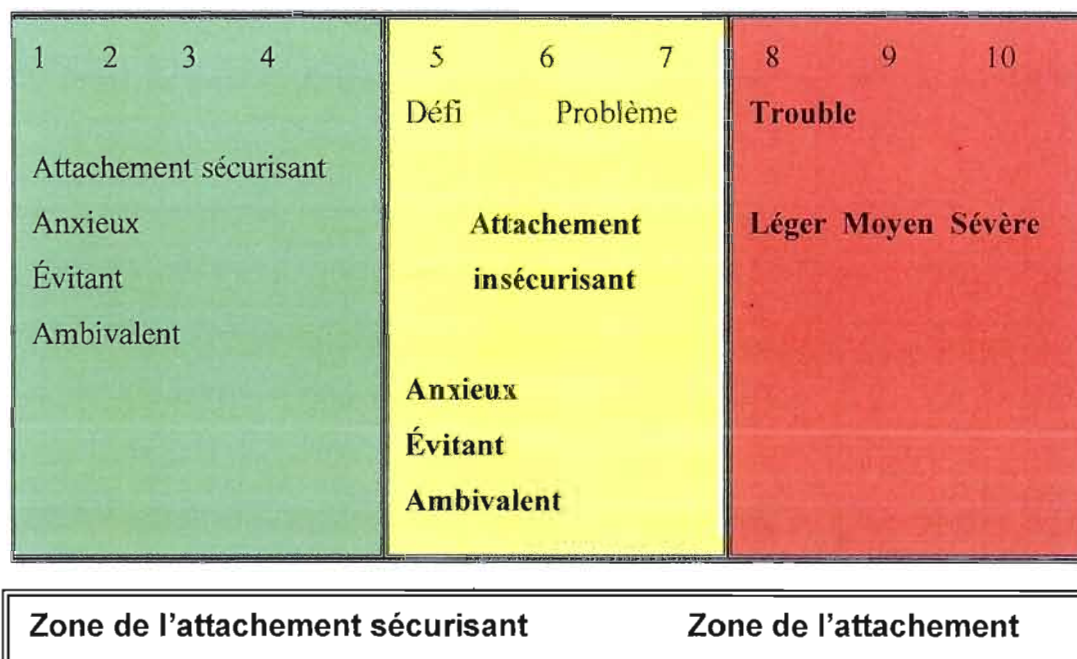
1.2.1.2 *Le problème? Une lecture d'espoir*

La conception du problème ou du trouble de l'attachement est, à notre avis, une composante essentielle pour l'ouverture vers un message d'espoir. L'évolution du

trouble est variable en fonction de facteurs individuels qui touchent aussi bien l'enfant que les personnes qui s'en occupent. La sévérité, la durée des carences et la nature des interventions mises en œuvre influenceront cette évolution. Nous croyons qu'une amélioration considérable ou une disparition du trouble peut survenir si l'enfant est placé dans un environnement qui lui procure un soutien approprié.

Le graphique suivant illustre bien les zones à risque et l'évolution du problème d'attachement chez l'enfant. Selon les soins fournis à l'enfant, les services appropriés à l'intérieur d'une fenêtre préventive de la cristallisation du problème, il est possible de favoriser une meilleure construction de l'attachement.

1.2.1.3 Graphique inspiré de l'adoptparentalité de Johanne Lemieux. (2002)



Dans ce graphique, l'échelle d'un à dix illustre bien la sévérité des problèmes d'attachement. Par exemple, les comportements d'un enfant peuvent être classifiés dans la zone rouge du trouble de l'attachement. Par des interventions soutenues et

bien ciblées (Sellenet, 2005-2006; Moss, 2009), il est possible d'améliorer le fonctionnement relationnel de cet enfant. Ainsi, on pourra possiblement identifier les nouvelles conduites de l'enfant aux indicateurs relatifs à la zone jaune, celle-ci étant plutôt attribuée au problème. Par ce continuum ponctué d'aller-retour, on peut ainsi favoriser le développement du pouvoir d'agir de toute la famille. C'est pourquoi, le type d'attachement est évolutif, représentant plutôt une photographie à un moment donné de la vie de l'enfant.

Dans la mesure où *l'enfant réagit au regard qu'on porte sur lui* (Bellas-Cabane, 2007—p.15), opter pour la notion de trouble peut finir par induire un comportement. Le terme « problème » représente plutôt *un symptôme révélateur de souffrance*. (Bellas-Cabane, 2007 – p.16) Ainsi, on laisse l'espoir aux familles, d'une possible réussite et de l'amélioration de leurs interactions. Il ne fut pas rare de constater dans notre pratique, l'impuissance du couple parental, face à un diagnostic de trouble de l'attachement. Étant donné que l'attachement évolue sur un continuum temporel en fonction des allées et venues de nouvelles personnes en interaction avec l'enfant, des expériences de vie, des situations de stress potentielles, des étapes de vie, nous croyons que l'attachement s'inscrit dans ce regard évolutif et ne devrait pas être identifié uniquement à une impasse.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie (2002), *ce qui définit un problème, ce n'est pas seulement la situation, c'est la relation entre la tâche et les compétences du sujet. Certaines tâches sont des problèmes pour certains sujets et sont des situations d'exécution pour d'autres*. La notion de trouble n'y est toutefois pas définie. Nous avons validé les définitions du dictionnaire « Le Petit Robert ». Le trouble s'inscrit dans une *modification pathologique des activités de l'organisme ou du comportement de l'être vivant*, alors que le problème signifie : *conflit affectif, difficulté à trouver un bon équilibre psychologique*. La notion de problème nous apparaît une conception plus juste et réaliste dans la vie d'un enfant ou adolescent étant donné la référence

aux compétences du sujet pour exercer une tâche. Ce regard moins réducteur peut contribuer à l'amélioration d'une situation personnelle ou familiale étant donné son caractère plus optimiste.

1.2.2 Les dimensions culturelles de l'attachement

Rappelons que le DSM est un code de classification originaire d'abord et avant tout, des États-Unis. La dimension de l'attachement n'est donc pas un concept universel et international. Le fait de représenter des dogmes prétendus scientifiques alors qu'ils peuvent être plutôt culturels peut amener à imposer une norme culturelle comme étant dominante. (Bellacabane, 2007). Il faut accorder une attention particulière à cet aspect. Plusieurs auteurs (De Plaen, 2003; Parazelli, 2002) se sont questionnés sur la pertinence de son utilisation lorsqu'il est question des modèles de communautés culturelles autres que celui des Nord-américains. Certaines cultures n'ont pas la même définition du concept de l'attachement, alors que, pour d'autres, ce concept est inexistant. Aux yeux de plusieurs (De Plaen, 2003; Parazelli, 2002), la théorie de l'attachement, telle que présentée par Ainsworth et Main, est jugée ethnocentriste parce qu'elle fait davantage référence à une population blanche et Nord-américaine.

Toutefois, selon Parazelli (2002), plusieurs différences normatives chez les communautés culturelles existent et nous devons en tenir compte dans les évaluations, autant dans les échanges interculturels que dans les interventions. Ces différences s'illustrent notamment dans la façon dont les cultures perçoivent et vivent leur expression personnelle, leur rapport à l'autorité. Entre en jeu également la notion d'autonomie et l'exploration par opposition à la dépendance et à la soumission.

Selon De Plaen (2003), plusieurs travaux réalisés dans les années 90 ont considéré les relations du père, de la fratrie, des pairs et des figures de soins à l'intérieur du réseau

social comme ayant un impact sur le développement des relations de l'enfant. La qualité de ces liens compenserait certains attachements plus fragiles. Déjà, certains auteurs tels que Migneault (2005) précisent que la présence de la fratrie facilite l'intégration des enfants adoptés.

Des études réalisées auprès des populations qui offrent plusieurs dispensateurs de soins (Kenya, Nigeria, Hausas) indiquent qu'un attachement privilégié s'installe avec le donneur de soins principal qui s'occupe de l'enfant le jour. Celui qui dispense ces soins physiques, psychiques et sociaux. De plus, les relations avec les pairs, la religion, les arts et les rituels culturels deviennent une préparation psychologique à un ordre social qui influence positivement le monde de l'enfant. Au Japon, le contact physique est primordial plutôt que le contact oculaire. Les mères encouragent la proximité émotionnelle et la dépendance de la relation parent-enfant et valorisent le comportement qui consiste à « se fier aux autres ». En revanche, les parents nord-américains attendent de la part des enfants l'expression de ses besoins et encouragent l'autonomie. Au Japon, un adulte qui s'affirme et valorise son autonomie, est considéré comme immature, voire non cultivé. (De Plaen, 2003)

Toujours selon De Plaen (2003), d'autres différences culturelles sont observées chez les personnes immigrées d'Amérique centrale. Dans leurs rapports avec leurs enfants, ils encouragent les relations avec la parenté pour augmenter les contacts avec plusieurs figures significatives. Ainsi, les parents acquièrent un plus grand support et, la routine est plus permissive tandis que les Européens et les États-Uniens mettent l'accent sur les interactions verbales et visuelles, stimulent davantage la communication et sont plus directifs dans le jeu. Chez les mères anglophones, l'importance est mise sur l'affirmation de soi tandis que les mères portoricaines appuient le bon comportement pour que l'enfant soit respectueux de l'autre et conscient du décorum.

Autant de différences majeures, qui pour certaines cultures peuvent être plus ou moins acceptables selon les réactions sociales et culturelles des sociétés et des communautés en question. Ces variables culturelles sont essentielles dans l'intégration de l'enfant à sa famille, car elles peuvent influencer la conception de ce que l'on estime être un bon attachement. De plus, elles peuvent contribuer à augmenter la suggestivité de l'analyse du milieu de vie et influencer les interventions. Ces données représentent un bon indicateur que le problème ou le trouble d'attachement devient, selon les familles, une question de perception.

1.2.3 La médicalisation des problèmes d'attachement

On ne peut passer outre la question de la médicalisation des problèmes sociaux comme modalité de contrôle social. Depuis plusieurs années, nous assistons à des approches prédictives issues de la médecine, pathologisant ainsi le problème social en tant que risque psychopathologique. (Suisse, 2007) Ce n'est pas le geste en soi, mais les réactions sociales de l'environnement qui détermineront l'étiquetage. Ce regard de l'autre influencera la perception du problème. Selon cette lecture, la tolérance sociale vis-à-vis d'un comportement déclenchera un processus de réaction sociale et par le fait même de contrôle. Une femme saoule est sujette à un jugement plus sévère de la société qu'un homme saoul. Ce jugement risque d'induire un contrôle social plus ou moins sévère à son égard. Il en est ainsi, pour plusieurs autres problèmes sociaux.

En ouvrant les pages de ce livre de référence qu'est le DSM-IV, on peut jusqu'à un certain point se retrouver comme porteur de certaines pathologies. Cette porte béante de la médicalisation inclut d'autres groupes d'acteurs en sus des médecins qu'ils soient des intervenants du milieu, des groupes de parents, des compagnies d'assurances, etc. À titre d'exemple, pour recevoir un service spécialisé en milieu scolaire, concernant une difficulté d'attachement, l'enfant a besoin obligatoirement de

recevoir le diagnostic médical : « trouble réactionnel de l'attachement ». Des classes spéciales portent les noms de classe de « psychopathologie », classe « TED », classe « de langage », etc. Cet état de fait oblige le parent à accepter du milieu scolaire, un étiquetage de problèmes sociaux, destiné au mieux-être de l'enfant. Ce processus, d'étiquetage et de stigmatisation, peut devenir permanent pour le sujet en question. (Suissa, 2009)

Toutefois, l'effet pervers de cette médicalisation apparaît lorsque la personne souhaite souscrire dans un avenir rapproché à une assurance invalidité. Devant fournir son histoire médicale, elle peut se voir exclure de l'assurance ou recevoir une série de limitations. La plupart du temps, on souhaite un retour rapide à un niveau fonctionnel, faisant fi de toutes les dimensions fondamentales nécessaires à l'être humain, celui de prendre le temps de retrouver son pouvoir d'agir pour se conformer aux normes sociales. (Moreau et Vinit-2007). Qu'en sera-t-il de l'avenir de ces enfants, avec un diagnostic de trouble de l'attachement? Y aura-t-il des sphères de vie dans lesquelles l'enfant devenu adulte sera automatiquement exclu?

En choisissant une lunette globale du problème au plan social, en évitant de médicaliser la condition, les problèmes d'attachement deviennent davantage porteurs d'espoir. Ils permettent de dégager plus facilement des repères d'intervention efficace. On peut ouvrir différentes possibilités pour explorer d'autres avenues que celle de la médicalisation. Et comme la médicalisation est étroitement liée à la médication, le médicament ne peut pas constituer à lui seul une solution à ce problème. » (Collin et Suissa-2007.)

Il existe autant de facteurs concernés dans l'attachement qu'il existe d'acteurs qui gravitent autour de l'enfant. Tout comme de nombreux problèmes sont qualifiés de démarches de premier plan dans le domaine de la santé publique. Ils s'inscrivent dans une démarche de contrôle social : le tabagisme, la conduite dangereuse, le port de la

ceinture de sécurité, l'obésité, les dépendances, etc., on détermine une bonne ou mauvaise action non pas en fonction du jugement de la personne, mais en fonction du jugement d'une norme sociale préétablie. C'est ainsi qu'en attachement, on évalue les compétences d'un parent selon le comportement de l'enfant. Selon nos expériences professionnelles et les témoignages de parents, lorsque le parent adoptant ou qui est en voie d'adopter éprouve des difficultés concernant son contrôle parental; le principal objet évalué demeure, en premier lieu, la compétence parentale. Cela engendre un isolement chez plusieurs de ces parents qui n'osent pas afficher leurs difficultés devant les professionnels, souhaitant être à l'abri du jugement social.

1.2.4 La notion de temps en attachement

Choisir la lunette du problème d'attachement plutôt que du trouble permet aussi d'intégrer la notion de temps dans le rapport à l'enfant et rendre cette condition de manière évolutive. Collin et Suissa (2007) reformulent cette idée :

« Le contrôle du temps biologique serait manifeste en regard des modalités des gestions et de prise en charge de la dépression, dont la prévalence est emblématique de cette obsession du temps dans nos sociétés » (Collin et Suissa, 2007- p.28).

Dans le processus d'intervention auprès de l'individu et de sa famille, la notion de temps devient fondamentale. Cela prend souvent un temps assez long pour construire la condition dite du trouble de l'attachement. Cela prendra également un certain temps pour accompagner les personnes et leurs familles dans le processus d'attachement. Il existe dans les établissements un principe actuel d'intervention en fonction des « données probantes », répondant à l'aspect d'efficacité mesurable dans le temps du traitement, d'un problème social médicalisé. La difficulté avec l'intervention auprès des familles ayant un enfant aux prises avec un problème

d'attachement est qu'il n'y a pas de « données probantes » sur le traitement des problèmes d'attachement. Plusieurs auteurs (Rygaard, 2005; St-Antoine, 2006) évoquent le fait suivant : on ne guérit pas le trouble d'attachement. On aide la personne à devenir plus fonctionnelle dans ses relations. Nous constatons aussi, qu'il y a des aspects préventifs « probants » appliqués par les programmes ministériels (Services intégrés en périnatalité et en petite enfance, 2005), ciblant plutôt les clientèles défavorisées. Ces programmes s'insèrent dans un continuum de service de plus de cinq ans. Ce qui est constaté chez les intervenants de terrain, face à l'application de ce programme, est la grande difficulté à rejoindre cette population cible. L'intervenant demeure avec l'impression d'imposer jusqu'à un certain point les services.

Pendant ce temps, l'enfant grandit et passe à côté du temps nécessaire, à la création de liens fondamentaux pour un attachement sain.

« Les liens affectifs se construisent dans la durée, dans le temps et la présence des figures parentales personnalisées; ils s'atténuent et même se défont dans l'absence. Le temps de l'enfant n'est pas celui de l'adulte. Pour l'enfant, il y a le temps facteur d'anxiété et le temps à considérer comme élément fondamental à son développement. Il y a aussi les temps perdus dans l'inconnu de l'attente d'une décision, les temps de placements provisoires dans l'attente d'une autre décision, les temps de délais administratifs et judiciaires. Autant de temps suspendus durant lesquels l'enfant macère dans l'anxiété. (...) Il y a également le temps du détachement lorsque l'enfant perd ses points de repère affectifs pendant une trop longue période. Pire, il y a perte de la capacité d'attachement lorsqu'il n'y a pas d'inscription affective durable avec un adulte significatif. (...) Bref, nous devons nous mettre à l'heure psychique de l'enfant. » (Rapport Jasmin, cité par Berger, 2007-179)

Dans ce rapport au temps, nous découvrons que les informations fournies au sujet de l'intervention avec les enfants présentant des problèmes d'attachement, sont davantage axées sur l'évaluation du type d'attachement et le traitement en ressources spécialisées comme les unités de réadaptation. Nous constatons également qu'il existe

peu de littérature qui aborde le traitement des problèmes d'attachement. Moins encore dans un contexte d'intervention familiale, même si le problème d'attachement est souvent la résultante de relations familiales insatisfaisantes. Quelle que soit leur profession, beaucoup d'intervenants se sentent inefficaces dans leur intervention auprès de ces enfants.

Nous sommes encore au stade de l'éclosion du concept, en matière de traitement, l'expertise familiale n'est donc que très peu développée. La recension des écrits existe davantage aux États-Unis et certaines notions demeurent manquantes pour mieux comprendre ce phénomène. En choisissant de nous intéresser aux problèmes d'attachement de l'enfant, il nous est capital de comprendre ce qui influence l'attachement des enfants à leurs parents dans leur nouvelle famille. L'état d'esprit du parent d'accueil a-t-il une influence sur la qualité d'attachement? Y a-t-il des facteurs qui améliorent ou diminuent la qualité de cet attachement?

1.2.5 Question de recherche

À partir d'une recension des écrits, sur le concept d'attachement tel que décrit dans notre question de recherche à savoir,

Identifier les repères d'intervention et ceux de la pratique des intervenants pour le traitement des enfants ou adolescents en voie d'abandon, abandonnés ou adoptés, présentant un problème d'attachement dans un contexte d'intervention familiale.

Nous souhaitons recenser les interventions concrètes et quotidiennes des intervenants du milieu ainsi que celles identifiées dans la littérature. Nous estimons qu'il est essentiel de procéder à cette recherche dans un contexte où beaucoup de jeunes intervenants entrent dans la profession avec un niveau junior de formation. De plus,

les départs à la retraite de nos intervenants seniors creuseront sans doute, un fossé important dans les années à venir. Le transfert des connaissances n'est pas toujours appliqué dans les organisations et encore moins dans un contexte de fusion des établissements.

Après plusieurs recherches dans la littérature canadienne, européenne et américaine, nous constatons qu'aucun écrit n'identifie concrètement les outils d'intervention à utiliser dans un contexte d'aide auprès des familles aux prises avec un enfant en trouble de l'attachement. Cette recherche peut contribuer à notre avancement professionnel en termes d'acquisition de nouvelles connaissances et à l'avancement de la profession du travail social :

- Parce que les travailleurs sociaux demeurent les intervenants les plus susceptibles de travailler avec l'enfant qui a des problèmes d'attachement, par leur position auprès de l'enfant placé et le contexte de la protection de la jeunesse.
- Parce qu'il y a un manque important d'informations accessibles sur la façon de mieux outiller et aider ces familles.
- Parce que plusieurs travailleurs sociaux évoquent le fait qu'ils ne détiennent pas de modèle « efficace » pour intervenir avec ces familles.
- Parce que le travail avec ces enfants exige des interventions en contexte interdisciplinaire, justifiant ainsi l'échantillon des participants interrogés.
- Pour terminer, parce que des interventions efficaces et soutenues améliorent grandement la qualité de vie de ces familles en contexte d'adoption.

Au Québec, étant donné le peu de ressources existantes, certains soutiennent qu'elle ne dépasse pas les doigts d'une main. La littérature existe en grande partie aux États-Unis, bien que certains aspects demeurent encore absents, surtout dans le domaine de l'intervention familiale. De nombreuses études existent en psychologie où l'on s'intéresse particulièrement à l'individu. Toutefois, même après plusieurs lectures,

nous sommes demeurés sur notre appétit. Comment en est-on venu à laisser de côté la dimension familiale dans un problème social qui obligatoirement met en relation l'enfant à ses parents?

CHAPITRE II

LES ÉCOLES DE PENSÉE

2.1 QUELQUES CONCEPTS PRINCIPAUX

Depuis plusieurs années, des théories importantes dans le domaine de l'attachement servent de cadre conceptuel à de nombreuses études qui cherchent à examiner et à comprendre les modes et le processus d'attachement chez l'enfant. À travers l'exploration de ces théories, nous en avons retenu quatre, qui selon nous, représentent les écoles de pensée les plus intéressantes et qui nous permettront de mieux comprendre pour mieux intervenir. Selon les auteurs de ces études, plusieurs termes sont utilisés pour désigner le parent. Certains parleront de donneurs de soin, d'autres de figures maternelles tandis que les études contemporaines utiliseront la notion de parent en y incluant le père. Dans cette recension des écrits, nous avons souligné l'utilisation de l'ensemble de ces appellations, sans discrimination.

Avant d'explorer chacun de ces modèles, il serait réducteur de parler de problèmes d'attachement sans aborder la capacité de résilience de l'enfant. À notre avis, cette capacité de résilience est une variable importante dans la consolidation d'un lien d'attachement. Cyrulnik, un résilient de l'holocauste, a fortement élaboré ce concept. Il considère qu'un enfant est en mesure de développer sa résilience lors d'événements traumatiques et ainsi d'en ressortir vainqueur. Trois facteurs sont à considérer :

- *Avoir acquis une stabilité interne dans les premiers mois de vie, qui permette au sujet de s'être construit une confiance primitive, de pouvoir repérer la constance des objets, et de se sentir aimable.*

- *Avoir été soumis à une forme de traumatisme assez repérable.*
- *Avoir bénéficié d'un adulte « tuteur de résilience », qui va proposer un lien signifiant à l'enfant et l'aider à « historiser », c'est-à-dire donner un sens à ce qui lui est arrivé. (Cyrulnik, 1999, cité par Berger, 2004 – p. 76)*

C'est ainsi que l'enfant peut apprendre à résister à l'adversité.

«Il y aura traumatisme lorsque le moi se trouve submergé par une intensité émotionnelle qui dépasse les possibilités d'intégration psychique, lorsque les mécanismes de défense mobilisables ne sont plus suffisants pour préserver le sujet. » (Anaut, 2002 – p.105).

Lorsque l'enfant parvient à surmonter la crise, mobiliser ses ressources internes et trouve des solutions socialisées, on considère qu'il développe sa capacité de résilience.

Selon Lemay (1999) : « l'enfant vivant en contexte pathogène développe des mécanismes salvateurs tels que le clivage, le refuge dans l'imaginaire, les bulles fantasmatiques, lui permettant de préserver son intégrité psychique et se construire malgré les carences, les manques et la maltraitance. » (Anaut, 2002 – p.110)

Ces mécanismes adaptatifs et défensifs contribuent à fournir à l'enfant un mode de fonctionnement résilient probablement à court terme. En soutenant la famille par des interventions qui lui permettent d'historiser la nature même des événements traumatiques, cette capacité pourrait se transformer en résilience. (Berger, 2004)

2.2. LE CONCEPT DERRIÈRE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

2.2.1. Bowlby

John Bowlby, psychanalyste et pédiatre anglais, a créé dans les années 50 les fondements de la théorie de l'attachement. Il s'est inspiré de la « notion d'empreinte de Lorenz » (Bernard, 2008) qui étudiait à l'époque les oies cendrées. Il a observé la tendance naturelle et précoce des nouveau-nés à suivre la mère partout et à s'y attacher. Dans cette étude, il confirme que le bébé de l'oiseau s'attache au premier être vivant qui en prend soin.

De ces données, Bowlby émet l'hypothèse confirmée par ses recherches, que le bébé s'attache à son donneur de soins, principalement la mère pour assurer sa sécurité et sa survie. Cet attachement devient la base de sécurité du bébé, lui permettant d'explorer son environnement. La manière dont les adultes prennent soin de l'enfant constitue ce que Bowlby a nommé le *caregiving*. Le besoin du bébé de rechercher la proximité d'une personne dès ses premiers instants de vie est indépendant de la qualité de la réponse de cette personne. Peu importe la façon dont cette dernière répondra, celui-ci s'attachera à elle. L'attachement est une construction qui s'opère au fil du temps, à travers un processus d'actions et de réactions, donc des aller-retour entre l'enfant et le donneur de soins. Progressivement, à travers cette communication commune s'installe une base de sécurité chez le bébé. Selon Bowlby, la « *sensibilité maternelle* » joue un rôle important en ce qui concerne le décodage du besoin et la qualité de la réponse. Plus cette notion de sensibilité est présente, plus elle favorisera l'établissement d'une base de sécurité. Le rôle du père est également à considérer dans la construction de ce lien. La mère à elle seule ne peut remplir toutes les fonctions du rôle parental.

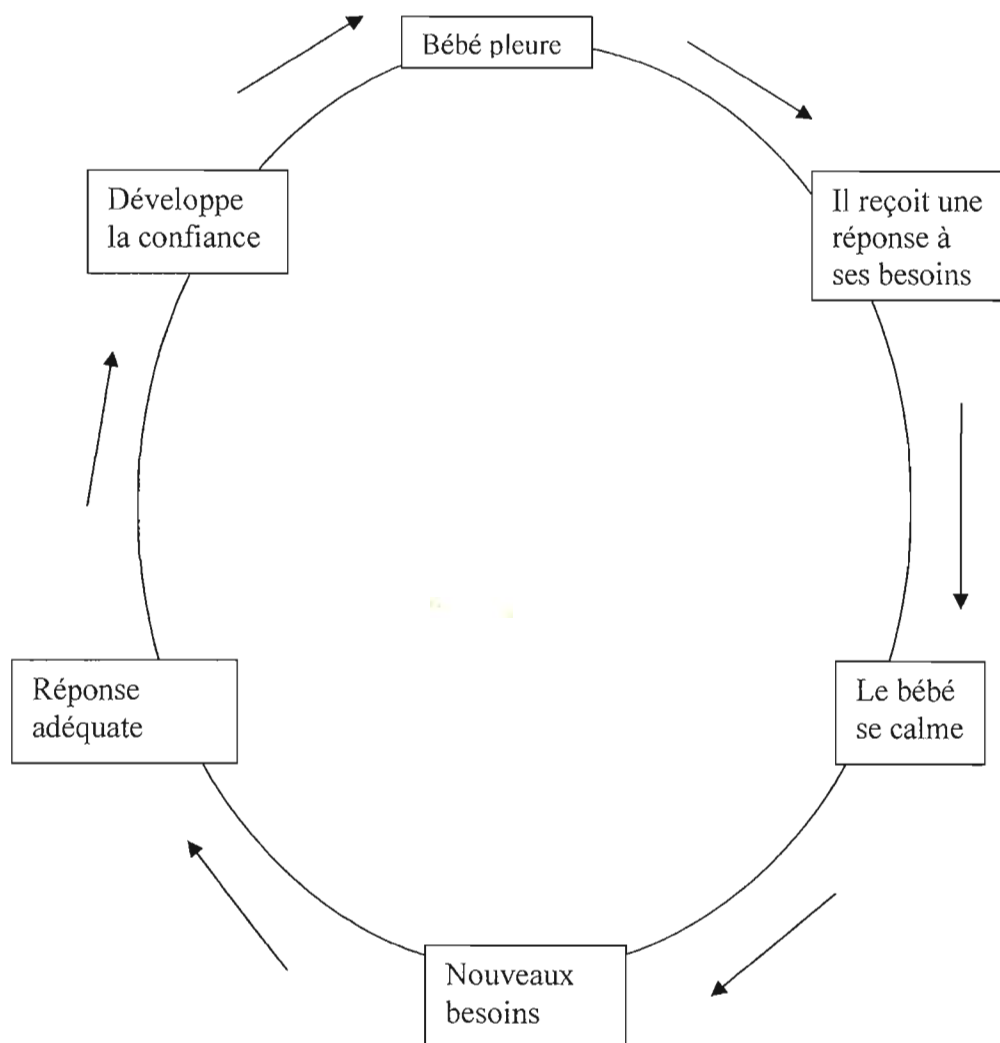
La théorie de l'attachement de Bowlby estime que l'enfant est influencé dans sa capacité de s'attacher à une figure parentale significative, selon le degré de réaction de cette figure maternelle à la détresse de cet enfant. Il prétend que ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. (St-Antoine, 2006).

Le maintien et la proximité d'une figure adulte protectrice sont des mécanismes primaires nécessaires pour la régulation de la sécurité et de la survie de l'enfant. Les comportements de l'enfant tels que : pleurer, crier, se débattre, se cramponner sont un résultat prévisible du lien existant avec un donneur de soins et ils sont attribués à une activité complexe et instinctive. Ces activités seront guidées par les influences de l'environnement de l'enfant et détermineront un système de comportement d'attachement. Le donneur de soins ne sera pas forcément la figure maternelle. Les comportements d'attachement sont présumés être activés, modulés et déterminés par des changements de l'environnement interne et externe de l'enfant comme une séparation transitoire, réelle ou une réunion. Dans ces travaux, Bowlby (1998) met de l'avant deux conditions de danger pour l'enfant :

- les changements de l'environnement ou les changements internes qui menacent l'enfant dans sa survie quotidienne,
- les conditions de séparations de la figure d'attachement même en l'absence de menace immédiate de l'environnement.

2.2.1.1 Cercle de la confiance de Bowlby (1998)

En résumé, Bowlby base ses observations sur le schéma que voici qui illustre bien le cercle de la confiance établi dans le processus d'attachement.



2.2.2. Ainsworth

Par la suite, les travaux d'Ainsworth (1978) appelés *la situation étrange* : une situation structurée d'observation en laboratoire d'enfants de 12 mois qui répondent à deux situations de séparation et de réunion avec le parent, ont permis d'identifier l'existence de trois modes d'attachement sécurisant ou insécurisant, selon le degré de **réciprocité**, de **sensibilité**, de **rapidité** et de **proximité** à laquelle la figure maternelle répondra aux signaux de détresse de son bébé. Les modèles seront catégorisés en trois réponses possibles de l'enfant pour créer les trois modes d'attachement suivant : sécurisant, anxieux/préoccupé, évitant.

Toujours selon Ainsworth (1978), l'enfant qui démontre un comportement confiant, calme et ouvert et retourne facilement vers la figure maternelle, laquelle est sensible aux signaux de son bébé, capable d'un contact physique tendre et attentif, et lui fournit une réponse adéquate pour le sécuriser sera classifié dans un registre d'un attachement sécurisant. L'enfant présentant un attachement anxieux-préoccupé, aura des sentiments ambivalents en ce qui concerne la recherche de proximité avec la figure maternelle. Il démontrera de l'agitation, de l'évitement, de la tristesse, de la peur et de l'hostilité. L'enfant qui présente un attachement évitant maintient une attitude de froideur et un comportement d'évitement. L'évitement du donneur de soins est aussi observé.

En approfondissant davantage l'objet de sa découverte, Mary Ainsworth s'est également aperçue que certains comportements de l'enfant ne répondaient pas aux catégories existantes. Elle constata que l'enfant présentait un type d'attachement sécurisant et à d'autres moments insécurisant.

« Cette désorganisation du comportement se traduira par des mouvements incohérents, des regards appréhensifs ou complètement apeurés, des tics ou

encore des moments de sidération où l'enfant semble complètement figé. Certains peuvent se frapper la tête, se rouler par terre ou même se mutiler. Mary Main a donné à ce type d'attachement le nom de désorganisé-désorienté. » (Jeliu, 2004 – p. 85).

Cette théorie permet de dresser un portrait du fonctionnement de l'enfant et aide à identifier des leviers d'intervention. Toutefois, la figure maternelle n'est pas considérée comme exclusive. L'enfant pourra développer un lien avec un autre donneur de soins.

2.2.2.1. *Tableau des comportements de l'enfant selon les modes d'attachement de Main et Ainsworth*

Attachement Sécurisant	Attachement Anxieux/préoccupé	Attachement Évitant	Attachement Désorganisé
<p>Démontre un comportement confiant, calme et ouvert.</p> <p>Retourne facilement vers la figure maternelle.</p> <p>La mère est sensible aux signaux de son bébé, fournit un contact tendre et attentif et une réponse adéquate.</p>	<p>Sentiments ambivalents en regard de la recherche de proximité avec la mère.</p> <p>Démontre de l'agitation, de l'évitement, de la tristesse, de la peur et de l'hostilité.</p>	<p>Attitude de froideur et un comportement d'évitement.</p>	<p>Désorganisation du comportement par des mouvements incohérents, des regards appréhensifs ou complètement apeurés, des tics, des moments de sidération où l'enfant semble complètement figé.</p> <p>Certains peuvent se frapper la tête, se rouler par terre ou même se mutiler.</p>

Il est aussi important de noter que la sécurité affective de l'enfant peut varier selon les circonstances qui influenceront positivement ou négativement son développement. Un enfant qui présente un type d'attachement insécurisant peut développer un attachement sécurisant si les soins qui lui sont fournis sont appropriés. Dans le même ordre d'idées, un enfant qui présente un attachement sécurisant peut développer un attachement insécurisant s'il est exposé à des événements toxiques, de la maltraitance ou de la négligence. Un attachement sain se construit pendant plusieurs années dans la vie de l'enfant selon la réponse parentale positive reçue.

De nombreux travaux sur la théorie de l'attachement ont été effectués. (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1998; Crittenden, 2008) Le fait que cette théorie ait été développée, il y a plus de cinquante ans, nous permet de penser que tous les professionnels qui oeuvrent auprès des enfants sont sensibilisés à l'attachement. Pourtant, il semble y avoir un large écart entre la pensée et la réalité.

« On reconnaîtra qu'entre une introduction à cette théorie, dispensée à l'intérieur d'un cours de 45 heures, sur la nature et les applications cliniques de cette même théorie, il y a un écart qualitatif important au plan de la formation. Les résidents en psychiatrie sont à peine sensibilisés à cette notion d'attachement alors que, pour ceux en pédiatrie, cette notion théorique n'est pas présente dans leur cursus. Dans le cas des juges et des avocats, il y a absence complète de sensibilisation à ce thème dans le cadre d'une formation universitaire de base en droit. Bref, la formation universitaire, des divers professionnels de même que celle des futurs praticiens en regard de la théorie de l'attachement, est insuffisante. » (Vachon-2004 – p. 43)

2.2.3 L'approche dynamique maturationnelle de Patricia Crittenden

Tout dernièrement (2008), une nouvelle approche est née, issue du courant de Bowlby et Ainsworth. L'approche dynamique maturationnelle a été développée par Patricia Crittenden, psychologue en développement. Elle vit à Miami et travaille

depuis plus de 30 ans le sujet de l'attachement. Elle a effectué son doctorat avec Ainsworth sous la supervision de Bowlby. Sa théorie est une variante de la théorie de l'attachement. Pour Crittenden (2008), cette théorie lui permet d'objectiver les comportements d'attachement et mieux les classer. Lorsqu'elle travaillait avec Ainsworth, Crittenden observait des enfants avec des problèmes d'attachement qui n'entraient pas dans les catégories des patrons énumérés. Après avoir créé une catégorie supplémentaire : celle de l'attachement désorganisé, Crittenden a élargi la notion de danger établi par Bowlby qui précisait que le bébé détenait une propension innée à créer un lien et s'attacher pour survivre. Dans ses observations, lorsqu'une personne est désorganisée face au danger, elle peut souffrir jusqu'à mourir. Crittenden a réalisé que dans une situation dangereuse, l'être humain s'organise pour garder un certain équilibre psychique vital afin d'assurer sa survie. La désorganisation devient alors un système complexe de comportements organisés pour survivre.

Elle s'est inspirée de Bowlby qui traite de la théorie de maturation neurologique. Chaque enfant évolue face à ses comportements, en fonction de son niveau de maturation neurologique. Elle s'est aussi inspirée d'Ainsworth qui met en évidence davantage de stratégies comportementales. Crittenden (2008) précise qu'il doit y avoir une certaine maturation neurologique pour élaborer des stratégies plus complexes. Plus l'enfant grandit, plus son système comportemental se complexifie. Lorsqu'un enfant se présente sous un patron relationnel spécifique, celui-ci bâtit ses fondations sur des stratégies de comportements, lesquelles sont la conséquence d'un modèle de traitement de l'information. (Crittenden, 2008)

Étant donné que toute information est sensorielle, l'intégration de cette information se complexifie avec le niveau de maturation du cerveau. Une stimulation des sens active le système neurologique du cerveau. Il y a représentation de cette information et création d'une disposition à agir. La théorie de Crittenden est basée sur cette évolution de la pensée. Lorsque l'information est traitée sur une base cognitive,

l'enfant développe un attachement de type A. Lorsque cette information est traitée sur une base affective, elle correspond à un attachement de type C. Lorsqu'il y a équilibre entre les deux systèmes cognitif et affectif, l'enfant développe un attachement confiant. Pour survivre, l'enfant a besoin d'informations pour prédire ce qui se produira. Les seules informations disponibles sont celles des événements passés. Si cette information du passé est distordue, l'enfant ne peut pas prédire le comportement.

Ainsi, Crittenden précise qu'il y a cinq types de transformation de l'information : prédictive, omise (omets l'information), distordue (voit juste un côté, clivage), erronée et falsifiée. Dans cette transformation de l'information, s'il y a difficulté, l'enfant passe son temps à s'occuper de sa stratégie de comportement pour sa survie et complexifie ainsi son patron d'attachement. Dans la manière de modifier cette transformation pour la rendre équilibrée, Crittenden parle de viser le changement de traitement de l'information. Cela semble faire référence à la thérapie cognitive dans laquelle le système de croyances peut être modifié pour améliorer le comportement ou le symptôme.

Selon un schéma préétabli, Crittenden identifie des zones de traitement de l'information qui conduisent à de bonnes stratégies et d'autres qui conduisent à de moins bonnes stratégies. On peut remarquer dans un registre particulier AC, l'introduction à la personnalité psychopathique. Crittenden fait aussi des rapprochements avec le DSM en fonction des pathologies.

2.2.3.1 Schéma de Crittenden (2008)

<u>Très bonnes stratégies</u>	<u>Moins bonnes stratégies</u>
<p>B3 : Confortable</p> <p>B1-2 : Réserve</p> <p>B4-5 : Réactif</p>	<p>A1-2 : Inhibé, facilité sociale, peu anxieux.</p> <p>A3-4 : Compulsive, conforme de façon compulsive. Enfant prend soin du parent</p> <p>A5-6 : Promiscuité compulsive, je m'arrange seul.</p> <p>A7-8 : Idéalisation, soi assemblé de l'extérieur.</p> <p>AC : Psychopathie, il est capable d'avoir toutes les stratégies.</p> <p>C-2 : Menacé et désarmé.</p> <p>C3-4 : Agressive, alternance entre agressivité et je ne sais plus quoi faire.</p> <p>C5-6 : Séductif.</p> <p>C7-8 : Menacé, paranoïde.</p>

A la lumière de ce schéma, nous remarquons que les « moins bonnes stratégies » sont classifiées sous la forme de neuf variables, complexifiant à notre avis, l'évaluation des comportements de l'enfant. De plus, le type AC : Psychopathie fait obstacle au caractère évolutif de l'attachement, apposant plutôt une étiquette permanente du problème.

2.2.3.2. *Procédure d'évaluation*

Pour mener à bien cette expérimentation, Crittenden bâtit sa théorie en fonction d'un système d'évaluation précis, inspiré de plusieurs travaux tels que :

Care index : Évaluation de l'interaction mère — bébé par la situation étrange.

PAA : Situation étrange appliquée aux 2-5 ans.

SAA : Âge scolaire 6-13 ans. L'enfant doit faire le récit narratif par une série de sept images avec un stress croissant et procéder à une analyse du discours.

TAAI : 16-25 ans. C'est le AAI bonifié de questions.

AAI : Élaboré par Mary Main (adult attachment interview).

Les modalités de traitement ne sont pas élaborées pour l'instant de façon claire, mais ce modèle semble se rapprocher davantage du modèle médical par sa catégorisation et la théorie du développement du cerveau sous-jacente. Étant encore à ces débuts, nous ne pourrions dire s'il est porteur d'espoir pour les familles et les enfants, mais nous croyons qu'il mérite que nous nous y attardions.

2.3. ASPECT TRAUMATIQUE

Cet angle théorique présuppose qu'un problème d'attachement peut camoufler un état de choc post traumatique ou un stress post traumatique relié à un événement extrêmement traumatisant dans la petite enfance de l'enfant. En traitant ce

traumatisme, l'enfant pourra être plus accessible et disponible pour la création ou l'amélioration d'un lien d'attachement à sa famille.

Partant des conclusions des recherches récentes, de nombreux auteurs (Keren, 2005, Berger, 2005) ont discuté d'un constat clinique et de recherche à savoir qu'un nourrisson peut garder des traces mnésiques de traumatisme, au point d'en développer des symptômes d'un état de stress post traumatique. À la suite de ces travaux, il est devenu très important ces auteurs de soulever la question de la comorbidité entre le traumatisme en très bas âge et les troubles d'attachement, notamment dans le contexte de l'abandon et de l'adoption. Dans ces situations d'abandons, de nombreux enfants ont été témoins ou victimes de sévices physiques, psychologiques ou de négligence grave. Dans les recherches de Keren (2005), la première cause identifiée de traumatisme chez l'enfant s'inscrit d'ailleurs dans un contexte de violence familiale. Particulièrement, lorsque cette violence place la principale figure d'attachement en tant qu'agresseur. Cette première cause se présente bien avant les traumatismes reliés aux actes de guerre et aux catastrophes naturelles. Dans ces deux événements, la figure d'attachement est un facteur de soutien, en raison de ses actions protectrices.

Cela a permis de mettre en lumière un nombre important d'enfants victimes de négligences graves et abandonnés par leurs parents d'origine. Plusieurs de ces enfants légalement adoptables démontrent, à plusieurs niveaux, des difficultés importantes d'attachement dans leur nouvelle famille. Il convient donc de se questionner sur le caractère traumatique souvent ignoré ou banalisé par les institutions.

Devrait-on systématiquement traiter ces enfants avant l'adoption? Selon Keren (2005), qui a effectué plusieurs recherches sur les traumatismes en contexte de guerre et de guérilla, il y a lieu de dire :

« Traumatic attachments, commonly seen in infants placed in foster care is a strong risk factor for developind PTSD, as well as for future PTSD, because, by definition, they all have histories ok neglect, abandonment, witnessing domestic violence, and/or abuse (physical and/or sexual). “Early abuse negatively impacts the developmental trajectory of the right brain, dominant for attachment, affect regulation and stress modulation, thereby setting a template for the coping deficits of both mind and body that characterize PTSD symptomatology” (Schoore, 2002, p 9). Contingently, one would expect that the younger the child is, the more at risk he is, and this is indeed a replicated finding (Vila et al, 2001). Difficult child’s temperament has also been found as a risk factor for PTSD. » (Keren, 2005, p.9).

Dans ses travaux, Keren (2005 et 2007) parle de variables importantes dans le degré de traumatisme chez l’enfant. Elle énumère ainsi plusieurs facteurs de risque qui augmentent les réactions post traumatiques de l’enfant telles que : l’enfant témoin d’un évènement traumatisant, sans atteinte à son corps, de la part de la figure d’attachement; l’enfant avec un attachement traumatique-désorganisé sera plus à risque de développer un PTSD (post traumatic syndrom disorder) maintenant et dans le futur; les pères avec un PTSD et des symptômes dépressifs deviennent un facteur de risque, un mauvais fonctionnement familial et le milieu socioéconomique bas ont un impact sur l’enfant; les filles sont plus vulnérables que les garçons; l’enfant plus jeune est plus à risque; le tempérament difficile de l’enfant et la représentation qu’il se fait de l’évènement contribuent aussi à la complexité du traumatisme.

Ces facteurs de risque devront être pris en considération dans le potentiel de l’enfant à recréer un attachement plus sécurisant. Keren (2005) évoque le fait qu’une relation parent-enfant, positive, est cruciale de même que la proximité physique entre le parent et l’enfant au moment du traumatisme ainsi qu’une relation parentale constructive. Ces éléments de même que le soutien familial, social et communautaire deviendront des facteurs de protection pour l’enfant. Si cette proximité parentale et la relation positive sont importantes pour aider l’enfant à composer avec cette grande

difficulté, qu'est le traumatisme, ne serait-il pas impératif de travailler avec le parent qui accueille l'enfant?

Nous observons que de nombreux professionnels interviennent en contexte individuel avec l'enfant même lorsque la famille d'accueil ou adoptante se révèle nourrissante. Ils écartent ainsi, à notre avis, la possibilité qu'un parent substitut devienne un élément sécurisant pour cet enfant. Keren (2005) soulève l'importance de reconstruire le traumatisme dans une ambiance sécurisante avec les parents comme une partie essentielle du traitement. En impliquant le parent nourricier dans les interventions avec l'enfant; nous pouvons espérer la modification de la représentation interne que l'enfant s'est forgée de l'évènement traumatique. Cela permettrait, que ce même parent lui fournisse un cadre sécurisant au retour à la maison. En devenant témoin des verbalisations de l'enfant, le parent pourra poursuivre le travail de réassurance amorcé en thérapie.

« The therapist's role will be to « translate » each partner's behaviors into a coherent narrative of the link between the traumatic event and their behaviors. » (Keren-2005, p 14)

Dans les travaux de Steinhauer (1996 p.171), «...*la mère d'accueil devrait être le premier guide de l'enfant à travers son processus de deuil.* » Steinhauer considère que les parents sont les mieux placés pour aider l'enfant dans le processus de deuil, parce qu'ils passent beaucoup de temps avec l'enfant et seront forcément présents lorsque le processus sera réactivé par diverses réactions qui parviendront à percer les défenses de l'enfant.

Pour appuyer ces dires, Keren (2005) soulève le fait que l'interruption de la confiance de l'enfant envers l'adulte soit un facteur déterminant dans la sévérité du traumatisme. Dans les expériences cliniques, elle encourage le parent à rejouer avec

son enfant la situation traumatique pendant qu'il y a introduction d'un mécanisme alternatif qui en modifie la finalité.

À travers nos expériences professionnelles, cet aspect du vécu traumatique de l'enfant ne semble pas souvent considéré dans les situations des enfants abandonnés. Pourtant, les études cliniques traitent de ce problème comme un facteur majeur dans le processus d'attachement de l'enfant. Ces mêmes études parlent également d'une réparation possible en recourant à une narration de l'évènement dans un environnement sécurisant. N'y aurait-il pas lieu de s'y intéresser davantage?

2.4 LA PRÉDISPOSITION NEUROBIOLOGIQUE

D'autres études (Rygaard, 2005; Adriaenssens, 2000) soulèvent des hypothèses neurobiologiques pour confirmer l'importance des soins maternels pendant les premières années de vie. Ces récentes recherches sur le développement du cerveau, engendrent une nouvelle théorie fondée sur les idées suivantes : certaines prédispositions du cerveau peuvent compromettre un attachement sain de l'enfant au parent si le réseautage des circuits n'a pu s'effectuer de façon adéquate durant les deux premières années de vie.

Devant cette présupposition, certains chercheurs ont conclu que :

« Des personnes naissent sans capacité d'attachement. Dans une étude, le Prof. Buitelaar, d'Utrecht, examine l'influence de facteurs hormonaux sur les troubles du comportement pendant le deuxième semestre de la grossesse. [...] Le stress exerce une influence sur l'hormone testostérone, il en fait monter le taux. Il y aurait plus d'enfants souffrant de troubles du comportement chez les

mères qui ont été confrontées à un stress élevé pendant la grossesse. [...] Négligence, abus sexuels, violences ne déclenchent pas seulement des mécanismes psychologiques, mais laissent aussi des traces biologiques dans le cerveau. Celui-ci contient des réseaux neuraux, dont le développement peut être affecté. » (Adriaenssens, 2000 – p.3)

Dans cette lignée, l'étude du Dr Sonia Lupien de l'hôpital Douglas en 2005 révèle que la mère, qui vit une situation de stress intense pendant la grossesse, présente un taux de cortisol élevé (hormone de stress). L'enfant qui naît présente, lui aussi, un taux de cortisol élevé. Dans son étude, elle identifie que le meilleur facteur de protection pour réduire le stress de l'enfant demeure la relation adéquate de la mère à l'enfant. Cet aspect important de la notion de traumatisme et de l'hormone de stress a amené plusieurs spécialistes à se questionner devant un bagage aussi imposant et persistant. Les travaux de Meaney (cité par Sindi, 2011) s'inscrivent dans le même courant. Il a étudié l'impact des soins maternels sur l'expression des gènes, en observant le lien entre le stress chez les petits des mères rates et la qualité des soins maternels. Il a découvert que les petites rates nées de mères qui léchaient et toilettaient rarement et qui par la suite étaient confiées à des mères qui donnaient beaucoup de soins maternels, devenaient à leur tour des mères qui prodiguaient beaucoup de soins maternels. Ses résultats ont démontré l'importance de l'environnement et des soins parentaux qui deviennent des facteurs de protection même s'il existe des facteurs de risques. Ses études illustrent que les gènes n'exerceraient pas l'unique influence dans le développement de l'enfant, mais qu'ils interagissent avec les facteurs environnementaux. La qualité des soins parentaux et la présence d'un milieu familial de qualité, peuvent affecter les gènes et par conséquent, modifier le développement de l'enfant.

Toutefois, se pourrait-il que certains enfants n'aient pas la prédisposition biologique pour développer un attachement confiant? Se pourrait-il que certains enfants ne puissent être adoptés, donc ils seraient possiblement à identifier comme cliniquement non adoptable?

Devant ce constat, la majorité des études cliniques nomme le donneur de soins comme un facteur de protection indispensable. Attribuer une seule cause aux problèmes d'attachement nous apparaît réducteur. Si les enfants en situation de négligence sévère, de maltraitance etc., sont identifiés en bas âge, la probabilité d'augmenter leur capacité de résilience sera dépendante de notre capacité d'intervention, en tant que professionnel. Nous devons intervenir rapidement pour contrer un aspect aussi pessimiste qu'une incapacité totale d'attachement. Nous estimons qu'il y a un risque majeur à stigmatiser les enfants selon une approche prédictive qui laisse de côté un principe fondamental, la personne souffrante demeure l'enfant. De plus, si un enfant est identifié comme ayant une prédisposition biologique indélébile, il y aura forcément plusieurs professionnels qui baisseront les bras, plaçant ainsi cet enfant devant une absence de service. Dans nos expériences cliniques, plusieurs parents rapportent des commentaires d'intervenants qui ne voient pas d'avenues possibles pour sortir un enfant, de l'impasse de cette difficulté de confiance envers l'adulte. Une relation signifiante est identifiée comme un facteur de protection. Avec un parent aimant, protégeant et sensible aux besoins de l'enfant, tout pourrait être en place, mais encore faut-il offrir un service durant la petite enfance ou tout au plus avant l'adolescence. Nous entendons comme service autre chose qu'un placement. Plutôt un service de consultation, d'accompagnement, de support et de formation, service qui devra être soutenu, récurrent et à long terme.

2.5 LES INTERACTIONS FAMILIALES ET LEURS INFLUENCES SUR LA DYNAMIQUE DE CONSTRUCTION DU LIEN

L'attachement est considéré comme un enjeu relationnel. Ce concept suggère l'adoption d'une vision systémique de la part de tout professionnel oeuvrant à la construction ou à la consolidation de liens d'attachement entre les membres d'une famille ou d'un système au sens large. Delage (2006) s'est déjà questionné sur l'absence de thérapeutes familiaux dans une réalité aussi relationnelle que l'attachement et dont l'observation est basée sur un processus interactionnel. Il indique que Bowlby, le père fondateur de ce concept contemporain qu'est l'attachement, avait bien dès 1949 publié un article décrivant comment il s'entretenait avec des parents en présence de leurs enfants et comment cette approche avait entraîné le changement. Mais :

«... la famille apparaissait comme un objet trop complexe. L'étude des relations dyadiques mère-enfant permettait de réduire les paramètres en jeu, et donc d'aboutir à des résultats assez fiables à partir de protocoles expérimentaux facilement reproductibles. » (Delage, 2006 – p.243.).

Les problèmes d'attachement ont fait l'objet de plusieurs études dans les départements de psychologie. Nous constatons qu'ils ont plutôt été abordés comme problèmes individuels et non familiaux, nécessitant davantage des interventions, en interaction avec un thérapeute, au détriment de la famille et du donneur de soins potentiel. L'argumentaire derrière cette approche s'inscrit dans un modèle freudien. Ce modèle propose, qu'une autre forme d'attachement puisse se construire avec un thérapeute, permettant ainsi à l'enfant ou l'adolescent de développer un lien fonctionnel.

2.5.1 Le concept d'état d'esprit

Puisque plusieurs théories ont déjà démontré l'influence de certains obstacles sur la qualité d'attachement, de l'enfant à sa famille, ces dimensions sont forcément influencées par la réciprocité des interactions; à l'intérieur du système familial qui inclut la fratrie. Il arrive que les blessures du parent se fragilisent lors du contact avec celles de l'enfant et créent un contexte propice à la détérioration de la qualité de la relation. À titre d'exemple, de nombreux ouvrages (Boutiller, 1999; Diamond et Yeomans, 2008; Ainsworth, 1978, Pallanca, 2008, Noël, 2003; Fonagy et al, 1996; Benoit et Parker, 1994; Steele et Steele, 1991) traitent des types d'attachement de l'adulte décrit sous le concept « d'états d'esprit ». Ces influences, qui proviennent directement du passé de l'adulte en fonction de sa propre relation d'attachement, avec son parent donneur de soins, contribuent à minimiser les problèmes d'attachement ou à les complexifier.

L'état d'esprit autonome (correspond au type d'attachement sécurisant chez l'enfant) est identifié par la capacité de l'adulte de se représenter ses expériences du passé et leurs influences sur son comportement et d'en faire une narration cohérente en faisant appel aux souvenirs. C'est un adulte en mesure de se faire confiance. Il reste conscient de ses fragilités, à l'aise dans ses relations sociales, capables de comprendre les signaux émis par son enfant, d'y répondre de façon adéquate. Il sera à l'aise dans le contact intime avec le bébé ou l'enfant. (Noël, 2003; Diamond et Yeomans, 2008; Fonagy et al, 1996)

L'état d'esprit insécure « préoccupé » (correspond au type d'attachement préoccupé-anxieux chez l'enfant) représente des adultes absorbés par leurs expériences relationnelles du passé et les conflits latents. Leur discours narratif est confus, offre des réponses à côté des questions de l'interlocuteur et cherche à faire alliance avec lui. Il y a très souvent un renversement des rôles parent-enfant dans leur famille

immédiate et cette expérience était aussi présente dans leur famille d'origine. Ces adultes ont le sentiment d'avoir peu de valeur, ils cherchent continuellement l'amour des autres. Leur amour est souvent teinté de possessivité. De plus, ils s'inquiètent beaucoup de l'opinion de l'autre et cherchent continuellement à se faire aimer. Leur recherche de contacts physiques est davantage présente pour répondre à leurs propres besoins et non à celui de l'enfant, dévoilant par le fait même un caractère intrusif dans leurs relations. Ils sont plus anxieux de nature et peuvent être facilement envahissants. Le détachement normal de l'enfant correspond à une période d'exploration ou de l'adolescence, sera perçu comme une perte relationnelle. Ce sont des gens qui parlent beaucoup, peu sensible aux signaux émis par l'autre et qui peuvent démontrer des malaises somatiques. (Noël, 2003; Diamond et Yeomans, 2008; Fonagy et al, 1996)

L'état d'esprit insécure « détaché » (correspond au type d'attachement évitant chez l'enfant) se retrouve chez des adultes souvent en contradiction dans leur discours narratif face à leurs expériences passées. Soit, ils ne retrouvent pas de souvenirs de bien-être de leur enfance, soit, ils sont portés à excuser le parent. Pourtant, ces expériences d'attachement du passé ont un impact important dans leur vie contemporaine. Ils ont souvent un discours de déni des conséquences de ces expériences. Mal à l'aise dans leur relation avec la société, ils sont plutôt froids et distants. Ils valorisent l'indépendance et évitent l'intimité potentielle. Rapidement, on peut apercevoir une difficulté à faire confiance aux autres et plusieurs déceptions dans leurs relations sociales. Ils idéaliseront ou banaliseront leurs expériences relationnelles du passé et se révèlent peu expressifs au niveau émotionnel. Ils peuvent adopter une attitude rigide envers l'enfant et devenir facilement anxieux s'ils doivent dépendre de l'autre. (Noël, 2003; Diamond et Yeomans, 2008; Fonagy et al, 1996) Ainsworth (1978) note que les bébés de ces mères finissent par ne plus se blottir dans leur bras et seront valorisés pendant leur enfance par leur performance cognitive et leur contrôle émotif.

L'état d'esprit insécure « désorganisé » (correspond au type d'attachement désorganisé chez l'enfant) est décrit par des adultes qui ont vécu d'importantes perturbations dans leur enfance, très souvent des traumatismes comme la perte d'une figure d'attachement dont le deuil ne fut pas résolu. Ils ne font pas confiance aux autres et ont une très mauvaise image de soi. Ils deviennent à certains moments une source de réconfort pour l'enfant, mais aussi un objet de peur, en raison de leur ambivalence face aux deux pôles, évitant et préoccupé. Ils détruisent souvent les interventions positives et ont des comportements de fabulation. (Noël, 2003; Diamond et Yeomans, 2008; Fonagy et al, 1996)

Plusieurs auteurs dont (Pallanca, 2008 ; Boutiller, 1999) ont élaboré des indicateurs qui permettent de mieux situer les profils des états d'esprit d'attachement de l'adulte. Ils se sont largement inspirés des travaux d'Ainsworth. Diamond et Yeomans (2008 – p.65) ont cité une vingtaine d'études qui démontrent que l'Adult Attachment Interview *prédit le type d'attachement que les parents et les bébés affichent à un an dans le Ainsworth Strange Situation*. Il est noté que le modèle d'attachement se poursuit lorsqu'il y a continuité des soins dispensés. Toutefois, ces auteurs notent une discontinuité entre le modèle d'attachement de l'enfant et son état d'esprit à l'âge adulte, à la suite d'expériences perturbatrices ou de traumatismes. On révèle aussi que des changements qui concernent la sécurité s'opèreront à l'aide de nouveaux liens tels qu'une relation thérapeutique.

Les tableaux suivants illustrent les indicateurs identifiés par plusieurs auteurs qui permettent de catégoriser l'état d'esprit d'attachement de l'adulte et d'en faire une typologie appropriée.

2.5.2. Typologie des états d'esprit d'attachement chez l'adulte

Tout d'abord, les adultes avec un **état d'esprit d'attachement autonome/sécurisé** répondent aux indicateurs suivants :

- Parlent avec aisance des expériences relationnelles de leur enfance. (Pallanca, 2008)
- Les personnages qu'ils décrivent sont capables de vivre des relations harmonieuses, d'utiliser l'introspection et de faire appel à des figures significatives lorsque leur système d'attachement est activé. (Pallanca 2008)
- L'entretien a le ton d'une discussion détendue. (Fonagy et al-1996)
- Ils présentent une image crédible du parent qui procure un appui sûr pendant l'enfance. (Fonagy et al-1996)
- Font alternativement un récit hautement cohérent des expériences difficiles de l'enfance qu'ils paraissent avoir dépassées. (Fonagy et al-1996; Pallanca, 2008; Diamond et Yeomans, 2008; Benoit et Parker, 1994; Fonagy, Steele et Steele, 1991)
- Absence d'illusions les concernant, acceptent de dépendre des autres, à l'aise avec leurs imperfections et celles de leurs parents, savent faire la part des choses quant à leurs rôles dans leurs relations, acceptent les ressemblances, existant entre eux-mêmes et leurs parents, font montre d'un sens solide de leur identité, croient en la nature influente de leurs relations d'objet. (Fonagy et al-1996; Pallanca, 2008; Diamond et Yeomans, 2008)
- Une certaine valorisation de la relation thérapeutique malgré les difficultés ou les aspects problématiques. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Un discours cohérent, collaboratif et non défensif dans lequel les émotions sont librement exprimées de façon contrôlée. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Ils accordent de l'importance aux expériences liées à l'attachement et aux relations interpersonnelles. Ils sont conscients des effets que peuvent avoir les expériences passées sur le développement personnel et fournissent des descriptions qui ne sont pas contradictoires. S'ils ont vécu des expériences difficiles, tels le rejet ou l'abus, ils ont généralement réussi à pardonner à leurs

parents (Benoît & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Fonagy et al, 1996)

Les adultes avec un **état d'esprit d'attachement rejetant/détaché** (évitant/détaché) répondent aux indicateurs suivants :

- Tendance à idéaliser leurs relations passées sans pour autant être en mesure d'étayer leurs propos par des souvenirs épisodiques précis. (Pallanca 2008 ; Benoît et Parker, 1994 ; Fonagy, Steele et Steele, 1991)
- Cherchent à minimiser, normaliser ou nier les difficultés provenant des expériences d'attachement. (Pallanca 2008 ; Fonagy et al, 1996)
- Cherchent à présenter les personnages du récit comme étant forts et conformes aux stéréotypes et aux attentes de la société. (Pallanca 2008)
- Usent d'un style parcimonieux dans la narration et l'aperçu général qu'il donne est pauvre en souvenirs. (Fonagy et al-1996)
- Présentent des expériences négatives indirectes pendant leur enfance, celles de ne pas avoir été aimés et d'avoir été négligés et/ou rejetés. (Fonagy et al-1996)
- L'état d'esprit coïncide avec le constat que l'expérience a été négative et plus douloureuse que ne peut se le rappeler le sujet, manœuvre de défenses drastiques incluant le clivage et le déni mis en évidence par cette incapacité à évoquer des souvenirs et une forte idéalisation. (Fonagy et al-1996)
- Relations d'objet, magnifiées ou dévaluées. (Fonagy et al-1996)
- Entretiens qui ont tendance à devenir incohérents. (Fonagy et al-1996)
- Tentatives de minimiser les sentiments par rapport à la relation thérapeutique et leur influence. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Idéalisation de la relation thérapeutique à partir de peu d'exemples à l'appui. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Discréditation impassible de l'importance de la relation thérapeutique. (Diamond, Yeomans; 2008)

- Discours bref et constrictif. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Conceptions de leurs expériences d'attachement qui ont tendance à être idéalisées, voire irréalistes. Ces individus minimisent l'importance des relations d'attachement sur leur développement. (Benoît & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991)

Les adultes avec un **état d'esprit d'attachement préoccupé/embarrassé** répondent aux critères suivants :

- Leurs histoires se caractérisent par la confusion et l'oscillation entre des thèmes opposés; les relations interpersonnelles semblent frustrantes et non satisfaisantes. (Pallanca, 2008)
- Narration confuse et manque d'objectivité, longue et difficile à suivre. (Fonagy et al, 1996)
- Préoccupés par les expériences passées, avec des conflits apparemment non résolus. (Fonagy et al-1996; Pallanca, 2008)
- L'expérience du sujet comprend fréquemment un renversement des rôles de la relation parent-enfant, caractérisée par le besoin des parents d'être paternés par l'enfant. (Fonagy et al-1996)
- Les expériences comprennent souvent des événements traumatiques liés à la perte ou/et maltraitance. (Fonagy et al-1996)
- État d'esprit incohérent, confus, manquant d'insight, entretiens souvent marqués de colère. (Fonagy et al-1996; Diamond et Yeomans, 2008; Benoit et Parker, 1994; Fonagy, Steele et Steele, 1991)
- Autoanalyse peu convaincante, faible compréhension psychologique de sa situation. (Fonagy et al-1996)
- Des préoccupations et un engagement excessif dans la relation psychothérapique au-delà de ce qui est normalement attendu en psychothérapie. (Diamond, Yeomans; 2008)

- Confusion discrète à explicite du soi, tant pour le patient que pour le thérapeute. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Évaluation tantôt négative, tantôt positive de l'interrelation patient-thérapeute (Diamond, Yeomans; 2008)
- Les sujets n'ont pas de difficultés à se souvenir des événements, mais plutôt au moment où ils doivent les rapporter; en effet, ces adultes semblent envahis par les émotions et peuvent se montrer colériques ou passifs. Certaines personnes sont encore dépendantes de leurs parents, tandis que d'autres éprouvent encore de la colère à leur égard. (Benoît & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991).

En dernier lieu, les adultes, ayant **un état d'esprit d'attachement désorganisé**, répondent aux critères suivants :

- Une incohérence marquée du discours lorsqu'il est question d'expériences infantiles en lien avec l'abus, la négligence, des événements traumatiques ou encore la perte d'un parent ou d'un proche dans l'enfance ou au cours de la vie adulte. (Pallanca 2008)
- Construisent des histoires qui reflètent ce qu'ils n'ont pas intégré de leurs peurs et expériences d'attachement en une représentation organisée et qu'ils ne se perçoivent pas comme pouvant se protéger des dangers. (Pallanca 2008)
- Inadéquations, contradictions entre les descriptions proposées et les expériences qui sont remémorées. (Fonagy et al-1996)
- Raisonnements bizarres et irrationnels, des erreurs d'attribution, la perte du fil du discours, beaucoup de manques d'à propos (Qu'est-ce qu'on disait?), changements rapides de points de vue ou de voix, des fautes, du charabia et des substitutions absurdes. (En jargon psychologique) (Fonagy et al-1996; Benoit et Parker, 1994; Fonagy, Steele et Steele, 1991)
- Des métaphores inappropriées, des phrases interminables, des lapsus interminables, des répétitions que le sujet ne semble pas remarquer. (Fonagy et al-1996)

- Aucun état mental concernant l'attachement ne prédomine; il y a des indices de deux ou plusieurs stratégies différentes de discours (par exemple évitant et préoccupé). (Diamond, Yeomans; 2008)
- Changements spectaculaires et de l'état mental à l'égard du thérapeute en cours de séance. (Diamond, Yeomans; 2008)
- Un raisonnement désorganisé. Ce patron est toujours accompagné par une sous-classification soit détaché, préoccupé ou autonome. (Benoît & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991)

Dans ses recherches cliniques, Moss (2005) établit des corrélations intéressantes entre l'état d'esprit de la figure maternelle et le type d'attachement de l'enfant. Elle évoque que chez les mères autonomes, les enfants sont confiants à 77 %. Chez les mères évitantes, les enfants sont évitants à 57 %. Chez les mères préoccupées, les enfants sont ambivalents à 21 %. Chez les mères désorganisées, les enfants sont désorganisés à 53 %.

De plus, elle souligne aussi que les mères inquiètes ont des enfants qui présentent plus de troubles d'alimentation, de sommeil et des troubles de comportement. Parmi ces statistiques, 60 % des mères d'enfants, ayant un TDAH, (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) sont inquiètes. L'attachement ambivalent-anxieux est parfois associé aux troubles de personnalité limite, l'attachement désorganisé (trouble de l'attachement) est souvent présent chez les victimes de sévices sexuels et est parfois lié aux idées suicidaires. Tandis que les hommes inquiets ont plus de chance d'avoir recours à la violence conjugale et les hommes qui ont des problèmes psychiatriques sont rarement confiants.

D'après Pallanca, (2008 – p 33), on note que d'autres facteurs influenceront la qualité de l'attachement. Pallanca (2008) fait état de la satisfaction maritale, du soutien du conjoint(e), du support social et du stress parental qui moduleront la qualité de l'attachement. Dubois-Comtois (2006) cite la dépression maternelle, le niveau de

scolarité maternelle peu élevé, le faible revenu familial, la monoparentalité en tant que facteurs de risques à la sécurité de l'attachement. Ces expériences ont un impact sur le comportement de l'enfant en partie parce que la famille se trouve dans un mode relationnel qui comporte des aller-retour dans le processus d'attachement. Ce sont ces expériences qui influenceront à leur tour la perception du parent devant les multiples sources de stress. Il y aurait alors une équation entre la sécurité de l'attachement, les événements de stress et le stress parental.

L'étude de Dubois-Comtois (2006) souligne que les mères et les enfants qui présentent un type d'attachement sécurisant :

« ...ont des échanges qui favorisent le partage et le soutien de leurs expériences émotionnelles et développent de meilleures relations interpersonnelles. » (Dubois-Comtois, 2006 – p.24).

Selon la même source, lorsque les enfants présentent un attachement évitant, on observe des mères moins impliquées qui répriment ou dénigrent les comportements et les émotions de l'enfant. L'enfant présente alors la tendance à minimiser ces interactions en installant une distance physique et psychologique. Tandis que les mères d'un enfant avec un attachement ambivalent accentueront les discordes et les états affectifs dans les échanges. Ces enfants présenteront des comportements de résistance ou d'immaturité excessive. Dans l'attachement désorganisé, on observe un renversement des rôles.

Il est aussi constaté que dans les familles avec des relations maritales très distantes ou conflictuelles, il y aura création d'une alliance parent-enfant problématique, favorisant l'attachement désorganisé. (Dubois-Comtois, 2006 – p.70). Toutefois, on notera que la sensibilité parentale observée par l'enfant à l'égard de la fratrie augmentera la sécurité d'attachement. La présence de plusieurs enfants aura un impact sur la sensibilité parentale, exerçant ainsi une influence sur la qualité

relationnelle avec les plus jeunes. Tous ces facteurs bidirectionnels ont assurément une incidence dans la qualité des rapports et de l'attachement entre les membres de la famille. L'influence de plusieurs de ces facteurs aura également un impact sur les transitions cycliques de vie dans la famille.

Une étude réalisée auprès de familles d'accueil aux États-Unis en 2005 par Dozier s'est intéressée à l'état d'esprit du parent d'accueil lors du placement d'un enfant de moins de dix-huit mois avec un attachement insécurisant. Elle a conclu qu'après deux mois dans le nouveau milieu, l'enfant en interaction avec une mère d'accueil à l'état d'esprit sécurisant développait un attachement plus solide. Par contre, l'enfant en interaction avec une mère d'accueil à l'état d'esprit insécurisant développait un attachement évitant. (Dozier, 2005)

Pour mieux comprendre les facteurs qui contribuent à cette conclusion, Pallanca (2008) a observé chez plusieurs de ces mères d'accueil, un désir important de réparation à la suite d'expériences traumatiques ou d'un placement en famille d'accueil qui les a amenés à vouloir jouer ce rôle auprès d'un enfant. Cette fonction de réparation souvent inconsciente a contribué à la distance relationnelle lorsque le parent fut confronté à une détresse similaire à celle de son histoire d'origine. N'étant pas en mesure de réparer, il y a eu complexification dans la relation d'attachement. Ce constat vient appuyer les études de Dozier (2005). Ces études dans lesquelles le facteur principal qui permet de qualifier et d'influencer la qualité du lien d'attachement chez le bébé demeure le modèle de l'état d'esprit d'attachement de la mère d'accueil. C'est pourquoi plusieurs auteurs comme Keren, Dollberg et Tyano, (2007 – p. 263), citent l'importance de mieux dépister les histoires et modèles d'attachement des parents adoptants pour éviter l'échec de l'adoption.

Dans les études de Steele et ses collègues (2006) dont l'état d'esprit d'attachement de parents adoptants a été mesuré par l'administration de l'Adult Attachment Interview,

il est aussi cité par Keren (2007 – p. 264) quelques comparatifs avec la population générale. Trente-deux % des parents adoptifs démontraient un attachement solide comparé à 70 % chez la population générale; 52 % présentaient un attachement de type désengagé comparé à 20 % chez la population générale; 16 % avaient un attachement de type préoccupé comparativement à 10 % chez la population générale. Toutes ces équations soulèvent aussi l'importance d'offrir un soutien professionnel au moment du placement à l'adoption et mieux évaluer les familles en fonction des facteurs de risques et des facteurs de réussite. Est-ce qu'un désir de réparation et, des deuils non résolus complexifieront la qualité de l'attachement? Il se révèle fort pertinent, de répondre davantage à cette hypothèse.

2.5.3 L'intervention familiale

Étant donné que les nombreuses études citées dans la section précédente démontrent encore une fois l'importance d'investir davantage l'aspect familial lors d'un problème d'attachement chez l'enfant. Le fait de laisser un enfant s'intégrer dans une famille sans un support soutenu et rapide prédispose parfois cet enfant à un échec futur de sa capacité relationnelle. Selon Dubois-Comtois (2006 – p 71), il est aussi essentiel : *«...d'évaluer le patron d'interaction de tous les membres de la famille pour mieux comprendre les influences et le développement des représentations d'attachement. »* Il est aussi important de bien *«...mesurer les attentes du parent à l'égard de l'enfant. »* Dans ses observations, Keren (2007 – p. 271) précise que : *«...certains parents adoptifs démontrent une difficulté à développer un lien adéquat avec leur enfant lorsque leur propre représentation d'attachement est de type insécurisant et que l'enfant se révèle différent de leurs propres attentes. »* Cela nous indique plusieurs pistes d'intervention intéressantes autant en ce qui a trait au processus d'évaluation psychosociale, qu'au processus d'intervention.

Plusieurs auteurs (Benoit et Parker, 1994; Fonagy, Steele et Steele, 1991; Pallanca, 2008) révèlent aussi que ces représentations mentales d'attachement ont de fortes probabilités de se transmettre dans un contexte intergénérationnel. Il va de soi qu'un travail d'accompagnement de la famille devient central dans le développement de relations d'attachement satisfaisantes. Le soutien peut permettre au parent de mieux décoder les signaux chez l'enfant. Aider le parent à l'état d'esprit évitant, à se concentrer sur le besoin de rapprochement de l'enfant, l'orientera à se centrer davantage sur les besoins de son enfant; permettre aux parents de réfléchir à leurs propres histoires de vie qui peuvent faire obstacle à la qualité de l'attachement et leur enseigner à recevoir les émotions négatives.

Selon Ausloos (2005), l'approche systémique en raison de sa conception thérapeutique replace la personne au centre des relations, des interactions de son environnement selon le hasard des événements. Tout individu qui baigne dans un environnement familial, social, culturel, sera aussi modelé par sa propre prédisposition psychologique. Si ce contexte psychologique atteint la pathologie, c'est une réponse adaptative à son environnement.

Si on tient compte du fait que les problèmes d'attachement sont une combinaison multifactorielle, il peut devenir difficile de départager ce qui appartient à l'un et à l'autre. L'obstacle premier avec ces enfants sera toujours le même : « soi-même », car implicitement nous serons tous en relation avec l'enfant, que nous nous placions du côté du parent ou de celui de l'intervenant et parce qu'ils sont relationnels, ils viennent chercher en nous ce qu'il y a de plus primitif. Comme : « *...nos méthodes habituelles ne réussissent pas.* » (Rygaard, 2005, p. 31), elles nous amènent à nous dépasser. Il est vrai qu'intervenir en contexte individuel avec ces enfants peut réduire le nombre d'interactions et par le fait même le taux d'échec. Malheureusement, le principal concerné n'aura pas amélioré sa confiance envers la figure principale d'attachement, ses parents. La grande majorité des intervenants ont appris

l'intervention clinique selon un modèle théorique adapté à toutes les situations. L'attachement désorganisé ne répond pas à ce modèle. Il faut adapter les modèles selon une compréhension différente du fonctionnement de l'enfant.

À l'intérieur du système familial, l'enfant qui présente une problématique d'attachement s'insère avec son bagage expérientiel souvent déficient. À l'intérieur de la famille, le travailleur social devient un agent de changement. Il est susceptible d'induire une mobilisation chez l'enfant ou l'adolescent, en vue d'améliorer la capacité à réguler ses affects et ainsi augmenter son attachement aux figures parentales.

Dans les principes de la théorie du chaos, il est estimé qu'un simple battement d'ailes d'un papillon peut à lui seul modifier les conditions météorologiques de la planète. On ne peut prévoir ni à quel moment ni à quel endroit un changement se produira. Aussi minime soit-il, il y aura un impact quelque part. Dans un système familial, un petit changement d'un des membres peut, à lui seul, modifier le fonctionnement relationnel de la famille entière, car : «...*le système est un ensemble d'éléments en interaction.* » (Ausloos, 1983, p. 1).

Alors, si : «...*on regarde les choses circulairement, on ne peut plus pointer une personne comme la cause d'un problème.* » (Ausloos, 1983, p. 3). L'enfant ne devient plus le seul responsable du mauvais fonctionnement de la famille, mais un acteur social parmi d'autres. On peut alors évaluer la portée de chacun dans l'aggravation ou l'amélioration de la qualité relationnelle.

Les études cliniques répertoriées (Crittenden, 2008; Ainsworth, 1978) jusqu'à présent traitent davantage d'une théorisation de l'attachement, en termes de classification. Le résultat est que plusieurs intervenants en viennent à constater qu'ils se sentent peu habilités à travailler avec ces familles et plusieurs évoquent le peu de résultats

obtenus. Les études cliniques élaborent de faibles conditions de traitement et laissent plutôt les intervenants devant un certain flou.

Parce que dans plusieurs situations :

«...l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de vie d'une présence maternelle apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement (soit en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure maternelle à être sensible à ses besoins) risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché. » (St-Antoine, 2006).¹

Il devient prioritaire de débiter dès la petite enfance les services d'aide à la famille et non simplement à l'individu. Beaucoup de ces familles qui s'investissent dans PETALES : Association de parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement – Ligue d'entraide et de soutien, demeurent aigries de l'offre de service présente dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ils identifient l'insuffisance de services destinés à aider les nouvelles ou anciennes familles à qui les institutions ont confié un enfant en grand besoin. Ils disent tourner en rond dans la spirale des interventions, sans toutefois en ressortir avec une approche constructive. Ils se retrouvent alors parents d'un adolescent lourdement hypothéqué, handicapé psychologiquement et finissent par s'isoler après avoir été jugés dans le domaine de leurs compétences parentales.

Cet état de fait à lui seul devrait nous diriger vers une approche différente et cohérente pour comprendre davantage la souffrance de ces familles. Selon Steinhauer (1996), l'incapacité de l'enfant à établir un lien sélectif durant la petite enfance compromet sérieusement son adaptation sociale. Ce handicap ne pourra être surmonté plus tard par le placement dans un endroit plus favorable. Steinhauer (1996) insiste aussi sur le fait que si cet enfant n'a pas développé sa capacité de s'attacher pendant

¹ (http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm)

les deux premières années de vie, il en gardera des séquelles sur les plans, cognitif et social.

L'attachement prend source dans la relation. Le lien même s'il est symbolique s'observe par ses effets entre les membres de la famille. À travers cette relation de l'enfant avec sa nouvelle famille, il y aura toujours un aspect majeur qui aura une influence sur le maintien des bonnes relations. On parlera alors du *tiers absent* (Goldbeter, 2005) ou des *fantômes dans la chambre de l'enfant*. (Fraiberg, 1983), éléments discutés dans la section suivante.

2.5.4 La notion de tiers absent, le deuil de l'absence et leurs fantômes.

Édith Goldbeter Merinfeld (2005) avait l'habitude d'aménager son bureau en installant à l'avance les chaises pour une séance de thérapie familiale en prévoyant une chaise de plus que le nombre de personnes. Ainsi, elle pouvait observer les distances entre les membres de la famille, la fonction des frontières et en évaluer davantage certains aspects qui pouvaient être passés sous silence. C'est à ce moment qu'il apparut évident que les chaises vides avaient une fonction au même titre que le fauteuil d'une maison ayant appartenu à un disparu. Elle remarqua que le système consultant (inspiré de la systémique) était toujours incomplet. La première séance thérapeutique est un cadre où le système s'ouvre pour y faire pénétrer un étranger, l'intervenant. Le thérapeute est introduit avant même la prise du premier rendez-vous. Dans une famille, certains membres jouent un rôle dans la protection des distances émotionnelles qu'on appelle une *fonction de régulateur*. Chaque membre peut assurer à tour de rôle la fonction de *tiers léger* ou de *tiers pesant* (*porteur d'un vécu plus lourd*), principe proposant la régulation du système.

Goldbeter a aussi constaté qu'un autre tiers porteur d'un vécu plus lourd faisait partie également de la famille, le *tiers absent*. Lors d'une période prolongée de turbulences, le tiers absent va assurer une fonction de maintien de l'équilibre. Cela amènera la famille face à un double danger : la protection de sa sécurité n'est plus assurée, le deuil de ce tiers s'avère impossible, son départ inacceptable. Le patient identifié comme le symptôme serait le fantôme de l'absent. On peut alors se demander si la famille n'attend pas du thérapeute qu'il prenne la place du tiers absent en comblant le manque insupportable vécu par le système.

Ce *tiers pesant* ou *absent* peut être un enfant jouant un rôle particulier, un parent absent, une belle-mère et aussi un thérapeute individuel qui « dort au milieu du lit conjugal », intensifiant ou anesthésiant les échanges entre conjoints. L'arrêt d'une thérapie individuelle peut avoir des conséquences sur l'évolution du patient désigné; son couple peut ne pas avoir eu l'occasion de préparer le deuil du thérapeute et cet état de fait pourrait accroître ou apaiser les échanges émotionnels. L'absence du tiers peut engendrer un état de crise dont une des solutions peut être l'introduction d'un nouveau tiers.

Cet auteur tend à considérer la rencontre thérapeutique comme la recherche par la famille d'un nouveau *tiers pesant* en la personne du thérapeute. La famille souhaite le retour à l'état antérieur au sein duquel le tiers permettait un fonctionnement particulier. La famille se tourne alors vers le passé pendant que le thérapeute se tourne vers l'avenir.

L'intervenant peut avoir été le *tiers pesant* dans sa propre famille. Il peut avoir assumé très tôt dans son enfance, le rôle de thérapeute familial dans sa famille d'origine. Ayant échoué dans ses tentatives de protection de l'équilibre, il s'est formé pour devenir plus compétent. Il recherche des familles pouvant lui offrir une place de *tiers pesant*, comme s'il pouvait réparer sa propre famille en traitant les autres.

Dans les situations d'enfants abandonnés ou en voie d'abandon, qu'ils soient adoptés à l'international sans possibilité de retrouvailles ou qu'ils n'aient pas accès à l'histoire de leur abandon, manquant d'informations sur le ou les parents biologiques ou qu'ils soient placés avec une présence occasionnelle du parent biologique, cette notion de *tiers absent* prend tout son sens et fait partie intégrante du processus d'attachement. Cette absence va certes soulever des préoccupations, un désir de camoufler et de ne pas tenir compte de ce manque, un processus dans lequel le parent adoptant voudra « enterrer » définitivement ce tiers, un désir de savoir de la part de l'enfant, une souffrance perceptible de l'enfant qui utilisera le parent comme « passoire » de sa colère ou de sa peine à l'égard de l'absent, un désir de connaître, de voir, de toucher. Toute une série d'émotions en mouvement, à travers le développement de l'enfant et le cheminement du parent, qui peut mener vers le conflit de loyauté. Intervenir avec ces familles signifie, prendre en compte ce *tiers absent*, *tiers pesant* ou *tiers léger* selon les circonstances et aura un impact certain sur l'identité même de l'enfant et son fonctionnement.

Habituellement le système dyadique présente un certain équilibre jusqu'à ce que des facteurs extérieurs ou internes contribuent à faire augmenter l'anxiété. Alors, il y aura implication de la personne la plus vulnérable pour constituer un triangle. Ce triangle est le seul moyen de stabiliser une relation. (Goldbeter, 2005 – p. 48) Toujours selon les travaux de Goldbeter, dans les familles perturbées, les rôles émotionnels (sauveur, génie, bouc-émissaire, rebelle, ange, etc.) attribués, se rigidifient et deviennent des tiers pesants. Le départ ou l'éloignement de ce tiers confronte la famille à un deuil plus difficile à terminer. Pour atténuer la pesanteur de ce tiers, le processus de deuil devient une finalité inévitable. Sa fonction consiste à « *détacher des souvenirs* ». *Lorsque l'adulte se permet de vivre ouvertement son processus de deuil, l'enfant se sentira autorisé à faire le sien* ». (Goldbeter, 2005 – p. 118)

Si ce processus ne se poursuit pas, les membres de la famille vont tenter de remplir le vide par de nouvelles relations superficielles, par le déni, l'alcool, les drogues, les fantasmes. En se refermant sur elles-mêmes, ces familles espèrent échapper à la douleur. Il y a risque de pathologie lorsque l'enfant devient l'enfant de remplacement et que son arrivée coïncide avec une période de deuil du parent. L'enfant introduit dans sa famille par un placement ou une adoption peut réveiller chez son parent des expériences non résolues (traumatismes, deuils). (Moss et coll, 2009; Steinhauer, 1996; Goldbeter, 2005; Keren, 2004; Fraiberg, 1983)

À travers l'évocation silencieuse ou bruyante de ce tiers, on peut aussi assister à la présence d'un fantôme dans la chambre de l'enfant (Fraiberg, 1983), concept similaire, mais parfois diamétralement opposé.

« Ce sont des visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents. (...) Dans les circonstances favorables, ces esprits hostiles et importuns sont chassés de la chambre d'enfants et regagnent leur demeure souterraine. (...) D'autres familles cependant, la chambre d'enfants est le lieu d'événements plus pénibles causés par des intrus sortis du passé. (...) Des fantômes qui s'installent passagèrement dans la chambre d'enfants (...) et se spécialisent dans des domaines comme l'alimentation, le sommeil, l'apprentissage de la propreté ou la discipline, en fonction de points sensibles de l'histoire des parents. (...) C'est comme si le parent était condamné à répéter avec son bébé la tragédie de sa propre enfance. » (Fraiberg, 1983 - p.58)

Ce fantôme prend principalement sa force à travers les deuils non résolus, la transmission inconsciente intergénérationnelle, l'état d'esprit d'attachement du parent, les secrets, les interdits, les traumatismes non résolus, le déni des affects. En somme, à travers toute forme de souffrance. Ce fantôme hante la chambre « *par la position défensive du parent et offre des stratégies telles l'idéalisation, le dénigrement, la répression d'affects, l'isolation, l'intellectualisation et le clivage.* » (Fonacy et al, 1996 – p. 78)

Lors de ces apparitions soudaines et parfois insistantes, le parent risque d'attribuer à son enfant des pensées, émotions et responsabilités qui ne lui appartiennent pas, particulièrement si l'enfant n'a pas pleinement conscience de ce qui lui arrive.

2.5.5 L'attachement du couple, une continuité dans les interactions

Partant du principe que l'attachement occupe la fonction d'un havre de sécurité qui contribue à minimiser les facteurs de risques d'une relation dysfonctionnelle, l'attachement du couple, au même titre que l'attachement parent-enfant, peut représenter un facteur de protection et influencer le processus de deuil dans la famille. Selon Bouthillier (2007), une relation d'attachement chez l'adulte procure un réconfort et diminue l'anxiété. La relation amoureuse devient alors une relation d'attachement. Cette fonction d'attachement projette chez l'enfant un modèle relationnel sain ou inefficace.

Dans ses travaux, Bouthillier (2007) conclut que les adultes ayant un style d'attachement sécurisant rapportent vivre des relations plus satisfaisantes dans le couple. Il évoque aussi que les relations sont plus longues et stables, empreintes de réciprocité et de plaisir dans le contact physique. Les adultes manifestent plus de soutien et de capacité de réparation, vivent moins de rejet, ont tendance à préférer un partenaire avec un attachement sécurisant. Aussi, ils ont une meilleure résolution de conflits, vivent mieux l'intimité, manifestent plus d'écoute tandis que ceux qui présentent un style anxieux et évitant rapportent moins de satisfaction conjugale et ont des relations avec un taux de ruptures plus élevé.

Les individus de style anxieux présentent des relations plus à risque, moins réconfortantes. Ils diminuent l'importance des émotions de l'autre, recherchent plus de support, manifestent plus d'affects négatifs et d'agressivité. Les adultes, de style

évitant, font preuve de plus de promiscuité, leurs relations sont peu supportantes. Ils deviennent aussi peu supportants à l'égard de leur partenaire si celui-ci est anxieux et ils manifestent plus de comportements de retrait. Toutefois, les couples sécurisant-insécurisant rapportent autant de satisfaction que les dyades sécurisant-sécurisant, car le partenaire offre un effet « tampon » face aux événements négatifs. Attention, le partenaire sécurisant peut devenir anxieux avec un partenaire évitant.

À travers ses travaux, Bouthillier constate que les dyades dont les types d'attachement sont identiques vivent plus de satisfaction conjugale. Les couples anxieux-anxieux fonctionnent moins bien, manifestent plus de conduites de manipulation et de domination, deviennent demandants, coercitifs, égocentriques, et se sentent incompris. Les couples anxieux-évitant sont plus sujets à la violence conjugale, ils craignent l'intimité et l'abandon.

Les données de Bouthillier sont intéressantes, car elles permettent de mettre en lumière une dimension importante, très souvent écartée dans les interactions familiales et qui peuvent alimenter des interventions pertinentes. Cela soulève les corrélations directes entre l'attachement de l'enfant, l'état d'esprit d'attachement de l'adulte et le style d'attachement du couple.

2.6 LES DIVERSES ALTERNATIVES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE

Le travail auprès des enfants présentant une problématique d'attachement n'est pas sans susciter certaines controverses. Divers modèles thérapeutiques et d'intervention ont vu le jour au courant des dernières décennies. Ceux-ci ne vont pas sans soulever l'impuissance véhiculée par plusieurs intervenants et parents confrontés à une réelle souffrance chez l'enfant. Certaines interventions, plus rigides que d'autres, ont leur lot de détracteurs. D'autres s'inscrivent dans un courant plus modéré et humaniste.

Nous avons choisi de dresser un inventaire des principaux modèles largement utilisés par nos ressources au Québec autant pour les enfants vivants dans une famille adoptive que pour ceux nécessitant une place en réadaptation. Toutefois, cet inventaire ne peut être exhaustif et il existe certainement d'autres formes d'intervention utilisées par d'autres professionnels. Nous avons sélectionné les modèles les plus connus dans le milieu. De plus, l'attachement semble s'inscrire dans un courant contemporain, voire même une « mode » qui finira certainement par prendre sa vitesse de croisière.

2.6.1 Les thérapies conventionnelles

Les thérapies conventionnelles (psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale, l'approche narrative, l'approche humaniste, la thérapie par le jeu) utilisent un modèle axé sur une relation dyadique entre un thérapeute et l'enfant. La plupart du temps, le parent est exclu de la thérapie, le travail s'effectue sur une base psychique dans laquelle le jeu devient un processus inconscient d'élaboration de difficultés présentes chez l'enfant. Les fondements de la thérapie par le jeu sont issus de la psychanalyse et obligent le thérapeute à un processus de neutralité. Le concept de neutralité a souvent été critiqué par plusieurs auteurs (Suisse, 2000; Lamarre, 1998; Golbeter, 2005; Fraiberg, 1983) comme étant impossible à réaliser, le thérapeute ayant lui-même ses propres fantômes et réactions devant son patient. D'autres modèles issus par exemple de la thérapie cognitivo-comportementale, l'approche narrative, l'approche humaniste peuvent donner lieu à des interventions différentes, mais avec une finalité similaire.

Ces thérapies ont fait l'objet de plusieurs critiques dans le milieu. (Rygaard, 2005) Elles placent le parent à l'écart, alors qu'il est la principale source possible d'attachement, le thérapeute devenant la figure de référence, donc une figure possible

d'attachement pour l'enfant. Les enfants peuvent contourner le traitement par des mécanismes défensifs importants, mais ils ne peuvent se dérober de leurs comportements dans leur milieu familial. (Steinhauer, 1996) Ces thérapies peuvent convenir à un enfant vivant en institution, sans contact familial, dans l'objectif de faire émerger une relation de confiance, même superficielle.

2.6.2 Le programme de prévention de l'Agence : les outils d'attachement

Le *programme de prévention des outils d'attachement* (Santé et services sociaux, 2005) est destiné aux jeunes parents pour prévenir la transmission intergénérationnelle des problèmes d'attachement. Ce programme s'inscrit dans un continuum d'intervention précoce qui vise la promotion des interventions soutenues et précoces, dès la naissance, afin de prévenir les difficultés sociales, psychologiques et de santé mentale potentielle des enfants et des adolescents. Les fondements de ce programme visent entre autres à :

« ... maximiser le potentiel de santé des parents, bébés à naître et enfants de 0 à 5 ans, vivants en contexte de vulnérabilité; et inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, en renforçant le pouvoir d'agir. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004 – p.1)

Ce programme vise particulièrement le développement des compétences du parent, dans le processus d'attachement. Il s'inscrit comme un complément du programme existant *les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance vivant en contexte de vulnérabilité* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004), qui lui, vise une mobilisation de services soutenus et continus de la grossesse à l'entrée à l'école. Le milieu des intervenants souhaite ainsi prévenir les comportements de délinquance et d'inadaptation à l'adolescence.

Inspiré du modèle écologique de Bronfenbrenner, des notions de développement de l'enfant au niveau cognitif, psychomoteur, génétique, langagier et socioaffectif; des notions de base en attachement, le programme est présenté sous la forme de fiches. Celles-ci contiennent des activités d'attachement entre le parent et l'enfant, accompagnées de suggestions et de commentaires pour soutenir l'intervention. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004 – p.2) L'intervenant possède un statut d'expert et doit assumer une fonction de « modeling » pour améliorer les compétences parentales. Ce programme a fait l'objet de plusieurs critiques (Parazelli et Dessureault, 2010), étant donné son aspect relié au « contrôle social » qui visent particulièrement les clientèles vulnérables et oblige à fournir des services de façon plus ou moins détournée entre autres par l'attrait de OLO (œuf, lait, orange).

2.6.3 La thérapie de l'attachement

La thérapie de l'attachement existe depuis très longtemps. (Cité par Hallet et Beaufort, 2003) Elle a été initiée par Zazlow (professeur de psychologie à l'université d'État de San Jose) dans les années 70. Cette thérapie combine plusieurs techniques corporelles, psychodrame, régression, techniques de maintien, travail sur le deuil, thérapie de re-décision dans un cadre d'intervention familiale. Elle fut connue principalement sous le nom de « processus Z », de thérapie du maintien, réduction de la rage, thérapie dynamique. L'objectif est la reproduction du cycle de l'attachement du nourrisson à la mère. Le maintien est censé recréer une relation d'intimité avec le parent adoptant, entraînant la peur et la rage pour se terminer par un sentiment de sécurité engendré par ce maintien.

Dans les formes de maintien, on note le maintien, de l'enfant par la mère d'adoption, établi selon six stades : (tolérance) l'enfant croit que le parent n'est pas sérieux; (marchandage) l'enfant promet de bien se conduire; (colère) l'enfant proteste par des

comportements importants; (pleurs et lamentations) ce stade est identifié comme étant le plus difficile pour le parent qui éprouve le désir de cesser le maintien; (acceptation) l'enfant commence à se détendre et répond aux caresses de la mère; (attachement) moment de guérison et de blottissement. Cette forme de maintien réfère en partie aux techniques de contention utilisées en psychoéducation. Parce qu'elle est effectuée par la mère dans un contexte de chaleur et de nourriture affective, cette technique est considérée peu intrusive. Faisant appel aux quatre émotions de base de l'attachement : la colère, la peur, la honte et la tristesse, elle permet de retravailler les modèles internes opérants chez l'enfant. (Cité par Hallet et Beaufort, 2003)

Une autre forme de maintien, le « processus Z » a été développé par Zazlow pour, tout d'abord, traiter l'autisme. Il fut par la suite, appliqué pour les troubles de l'attachement.

« Cette méthode de réduction de la rage implique de maintenir physiquement l'enfant pour le confronter et travailler à travers la rage et la résistance motrice de façon à réinstaurer une relation positive avec le thérapeute » (Hallet et Beaufort, 2003 – p. 103)

L'objectif de ce maintien est le rétablissement du cercle de la confiance et l'ingérence des mécanismes de défense. Afin d'assurer la sécurité de l'enfant, celui-ci est enveloppé dans une couverture et maintenu par des adultes, lui enlevant ainsi toute possibilité de contrôle.

Plusieurs critiques ont attribué à cette forme de thérapie un caractère abusif et traumatisant pour l'enfant et questionné son utilisation à savoir qu'elle répondait au pouvoir du thérapeute et son désir de toute puissance. Toutefois, dans les cas extrêmes, elle a aussi démontré un taux d'efficacité de 75 %. (Hallet, 2003 – p. 102)

2.6.4 La psychothérapie développementale dyadique

Cette forme de thérapie a été développée à l'origine par Daniel Hugues (2004), psychologue, pour les enfants qui souffrent de détresse émotionnelle lors d'une séparation de leur milieu familial. Les objectifs de ce mode de thérapie sont de créer des conditions d'un environnement favorable selon l'appellation « PACE » qui détermine un contexte de « playfulness, acceptance, curiosity and empathy » (plaisir, acceptation, curiosité et empathie).

Le thérapeute utilise les fonctions sensorielles telles que le contact oculaire, les expressions faciales, la tonalité de la voix, les gestes et mouvements, le toucher et les jeux interactifs dans un principe d'accordage affectif (attunement en langue anglaise). Cette thérapie utilise certains principes du modèle cognitivo-comportemental.

La première étape consiste à favoriser l'accordage entre l'enfant et le parent de façon à faciliter le décodage des signaux et des comportements vers un dialogue réflexif. La deuxième étape s'inscrit dans la co-construction d'un récit autobiographique avec l'enfant et la régulation de son monde affectif, en travaillant avec les émotions de honte, de colère, de tristesse et de peur. Dans la dernière étape, il y a processus de réparation relié aux séparations et traumatismes du passé de l'enfant afin de rétablir la sécurité affective. La présence active du parent est suggérée afin de transposer les acquis de la thérapie dans la relation parent-enfant. Certaines études ont conclu que cette thérapie était plus efficace que les thérapies conventionnelles, mais elle a aussi été largement critiquée par d'autres recherches. (Cité par Hallet et Beaufort, 2003)

2.6.5 Le modèle d'intervention du Centre Jeunesse de Montréal

L'élaboration de ce programme (St-Antoine et Rainville, 2004) a été largement inspiré des travaux de Paul Steinhauer en Ontario et de Charles Zeanah aux États-Unis. Ces chercheurs et auteurs ont servi un cadre conceptuel pour la création, d'unités de traitement pour les enfants qui présentent des troubles sévères de l'attachement. Les enfants qui séjournent dans ces unités présentent pour la plupart une perte de la capacité d'attachement et de graves difficultés d'adaptation sociale. Les concepteurs de ce programme (St-Antoine et Rainville, 2004) ont fait le choix ne pas se limiter au manuel diagnostique médical, le DSM-IV, mais plutôt de se référer aux grilles de Steinhauer (1999), Lieberman et Zeanah (1995). Cet amalgame a permis de mieux étoffer le diagnostic du trouble de l'attachement.

Inspirés aussi des travaux de Bowlby et Ainsworth, les auteurs (St-Antoine et Rainville, 2004) évoquent la difficulté d'application, des types d'attachement d'Ainsworth et ses collaborateurs (1979) dans leur contexte clinique. Les modèles de Mary Main ont été plus pertinents dans leur application. À travers l'étude de 23 enfants traités durant les cinq dernières années, St-Antoine et Rainville (2004) ont été capables de tracer un profil clinique général. Ces 23 enfants ont vécu de nombreuses ruptures de liens ou des déplacements à répétition, de la négligence physique ou affective, de l'abus sexuel ou physique durant les premières années de vie; l'autosuffisance de leurs besoins; le refus de dépendre du monde adulte; l'absence de réactions à la séparation; l'attaque du lien; l'indifférence à la punition; les entraves à la socialisation. Leur structure de personnalité consiste à l'indifférenciation partielle des frontières et une identité diffuse. En ce qui concerne le développement intellectuel, les retards de développement et les difficultés d'apprentissage sont présentes. On retrouve chez ces 23 enfants, la typologie de troubles réactionnels sévères d'attachement de type I : Trouble d'attachement avec retrait : « les inhibés », de type II : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte : « les désinhibés » et

de type III : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte et perversion du lien : « les désinhibés pervers ». (St-Antoine et Rainville, 2004)

Le traitement de ce programme consiste à créer des conditions qui favorisent la confiance dans le milieu pour permettre un engagement envers l'adulte. Le mécanisme central de ce programme exige que les adultes de l'unité de réadaptation survivent aux attaques de l'enfant et au sentiment d'impuissance qui accompagne l'intervention. La notion de temps est centrale, car elle permet l'installation de la confiance en l'adulte et l'environnement. Le défi est de garder l'enfant et éviter un déplacement tout en ne mettant pas en péril le placement des autres enfants et la santé psychologique des intervenants.

Ce programme (St-Antoine et Rainville, 2004) offrira donc comme premier principe, un *cadre contenant à l'enfant* en organisant l'environnement pour le rendre prévisible. Le rapport à l'espace est pris en considération, car plus l'enfant présente des signes de désorganisation, plus l'espace sera restreint et structuré. Les règles sont claires et précises, les rituels et routines sont établis et tout changement de cadre de vie est préparé avec un grand soin et souci de l'enfant. L'intervenant sert de contenant à l'enfant dans ses périodes de débordements et de désorganisations, ce qui inclut le contenant physique.

Un deuxième principe est de mise, *préserver une distance relationnelle adéquate avec l'enfant*. Les interventions ne visent pas dans un premier temps la création du lien d'attachement, mais la sécurité du milieu de réadaptation. (St-Antoine et Rainville, 2004) Pour préserver cette distance, il faut donner un sens aux comportements de l'enfant, ce qui évite à l'intervenant de se sentir visé personnellement. La distance relationnelle implique aussi de doser les compliments et d'éviter le rapprochement physique, en laissant ce choix à l'enfant selon son rythme.

Un troisième principe consiste à ***éviter la relation gagnant-perdant*** de façon à limiter l'escalade et les luttes de pouvoir. Une intervention neutre convient à l'enfant. (St-Antoine et Rainville, 2004)

Le quatrième principe est ***de servir de miroir à l'enfant pour l'aider à comprendre et à identifier ce qui se passe en lui***. Même si les désorganisations apparaissent comme imprévisibles, une observation plus approfondie mène à l'identification d'un déclencheur à la situation. (St-Antoine et Rainville, 2004)

Le pronostic dépendra des typologies de chacun des enfants identifiés par les professionnels de l'unité de réadaptation. En 2008, le Centre jeunesse de Montréal offrait 18 places en hébergement. Le service est disponible depuis 1999 et composé d'une équipe traitante multidisciplinaire. Près de la moitié, des enfants traités ont fréquenté une classe régulière malgré leurs difficultés. Les statistiques de 2008 font état de : 10 enfants ont terminé leurs séjours; 60 % des séjours ont une durée de un an et demi à trois ans avec une orientation en famille d'accueil, vers la famille adoptante ou d'origine; 30 % des séjours ont duré entre trois et quatre ans; 60 % prennent une médication, dont 30 % du Ritallin, 30 % Ritallin avec une autre médication; 70 % ont un service spécialisé; 32 % reçoivent des services de psychologie; 34 % sont abandonnés et sans contacts avec leurs parents; 85 % sont des garçons; 48 % des enfants ont connu un premier placement avant l'âge de trois ans; 70 % en sont au 4^e déplacement; 37 % en sont au 6^e déplacement. (St-Antoine, 2008)

À travers ce constat, qu'advient-il de ces enfants à leur majorité? Pour l'instant, les ressources sont inexistantes et laissent un flou, un vide dans la vie de ces familles ou des enfants sans famille. Un pourcentage demeure institutionnalisé jusqu'à leur majorité, complètement abandonné par le système à l'orée de leur vie adulte. (St-Antoine, 2008)

2.6.6 La thérapie du milieu de Niels Peter Rygaard

Psychologue spécialisé dans le traitement des troubles de l'attachement, Rygaard (2005) travaille avec des enfants et leur famille au Danemark. Conférencier réputé, ses recherches s'adressent principalement à l'aménagement de nouveaux programmes et/ou traitements pour des jeunes en milieu fermé. Il s'est intéressé au traitement des troubles sévères de l'attachement en mettant au point ce qu'il appelle, *la thérapie du milieu*. Toutefois, Rygaard oeuvre principalement avec les troubles sévères de l'attachement et certains principes énoncés peuvent ne pas s'appliquer chez des enfants qui présentent des difficultés plus légères.

Dans ces études, Rygaard (2005) énonce : « *L'attachement semble une fenêtre, grande ouverte à la naissance et se fermant progressivement vers 3 ans environ.* » (Rygaard, 2005, p-19) À son avis, le trouble de l'attachement devient une combinaison avec d'autres problèmes tels que le syndrome de stress post-traumatique, le TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité) et l'autisme institutionnel. Il a développé cette approche en tentant de comprendre « *comment l'enfant voit le monde* » et en a conclu que cet enfant en trouble de l'attachement « *vraiment handicapé* » souffre « *d'une profonde immaturité sociale et affective jusqu'à la cécité* ».

Deux causes sont responsables du comportement social désorganisé :

- Un **dysfonctionnement du système nerveux central** après la naissance qui empêche l'enfant de percevoir les informations, conséquence de mauvaises conditions pendant la grossesse ou à la naissance.
- Le **manque de soins précoces continus** avant l'âge de deux ans.

Ces causes ont un impact important sur la maturité affective et peuvent dévoiler chez un adolescent performant au plan cognitif, des réactions communes à un enfant de deux ans. La méconnaissance de ce problème aussi complexe sera interprétée par les professionnels qui oeuvrent autour de l'enfant à l'aide d'un cadre de référence inadapté.

À travers ce fonctionnement mésadapté de l'enfant, certains systèmes fonctionnels internes cruciaux à son développement seront déjà défailants. Selon Rygaard (2005), cinq stades d'auto organisation sont nécessaires pour un développement optimal de l'enfant.

2.6.6.1 Cinq stades d'auto organisation

<p>Stade 1 :</p> <p>Auto organisation physique</p>	<p>La période de gestation et la naissance conditionnent les fondements du système nerveux. Ce stade correspond au développement normal du fœtus qui est en mesure de réagir aux stimuli pendant la grossesse et après la naissance tout en étant capable d'établir un contact avec la mère. Ce développement portera le nom de permanence organique.</p>
<p>Stade II :</p> <p>Organisation sensorielle</p>	<p>La construction d'un réseau interne de communication à travers les informations sensorielles. Cette construction est stimulée par la routine des soins quotidiens du donneur de soins, fournissant ainsi un filtre, un garde-fou contre le monde extérieur. Le résultat de ce développement peut être appelé, la permanence sensorielle.</p>
<p>Stade III :</p> <p>L'organisation sensori-motrice</p>	<p>Cette fonction sert à l'enfant et lui permet d'apprendre à analyser des sensations changeantes, donner l'ordre à</p>

	ses muscles pour coopérer (prendre le sein, etc.). C'est une procédure sans fin d'essais/erreurs. Cette étape produit la permanence sensori-motrice . Il s'agit ici d'intégrer la perception et l'action.
<p>Stade IV :</p> <p>L'organisation de la personnalité</p>	<p>Par ses expériences sensori-motrices, l'enfant commence à se percevoir différent des autres. Il devient capable de travailler à un niveau symbolique. Il peut comprendre des ordres simples et modifier un comportement. C'est le stade du jeu symbolique. Il devient capable de résoudre des conflits internes, contrôler son émotion et les transformer en une énergie dirigée vers le but à atteindre. Mais il dépend encore d'un modèle (la mère) pour le consoler et l'apaiser devant des situations de frustrations. Ce stade développe la permanence de la personnalité.</p>
<p>Stade V :</p> <p>L'organisation sociale</p>	<p>À ce stade, il commence à apprendre et explorer un problème plus complexe, la relation entre moi et les autres. Il doit apprendre à s'adapter et incorporer les comportements des autres. C'est le moment de la monogamie et des actions en parallèle. C'est l'apprentissage de la coopération. Ce stade est appelé, la permanence sociale.</p>

C'est au stade de l'identité sociale que les symptômes de trouble de l'attachement deviennent plus visibles. Selon Rygaard (2005), il faut chercher les causes dans le faible développement des stades antérieurs en questionnant ceux-ci.

- Au stade I : Y a-t-il un problème organique?
- Au stade II : Y a-t-il un problème sensoriel?

- Au stade III : Y a-t-il un problème sensorimoteur?
- Au stade IV : Y a-t-il un problème de personnalité?
- Au stade V : Y a-t-il un problème social?

Selon cet auteur, il est impossible de traiter un enfant si une des composantes des stades antérieurs n'a pu être traitée. Cela implique de travailler au bon niveau thérapeutique.

« Vous pouvez parler calmement de problèmes intellectuels avec un garçon de 12 ans qui présente des troubles de l'attachement, mais si vous touchez un sujet affectif, il réagit immédiatement comme un enfant de deux ans, crachant et mordant, et doit être traité en fonction de cela ce qui veut peut-être dire s'asseoir sur lui jusqu'à ce qu'il ait été enlacé comme un bébé suffisamment longtemps » (Rygaard-2005, p 60).

Rygaard (2005) s'intéresse aussi à l'arrêt du développement de la personnalité émotionnelle. Cet arrêt semble correspondre avec les stades d'auto organisation cités précédemment et aussi avec une étape importante dans le développement de l'enfant, la permanence de l'objet. La notion de permanence de l'objet implique que les émotions restent le plus longtemps possible, donc qu'elles deviennent des émotions stables. Ce concept de permanence se développe pendant les trois premières années de vie et implique de naviguer à travers plusieurs stades de développement.

Stades I et II : Attachement de base et gestion de base de l'anxiété. Acquisition de la permanence évocatrice (0-6 mois) qui devient l'attachement de base. La mère devient la « figure affective ». Par la suite viennent l'acquisition de la permanence des limites (6-12 mois), la gestion de l'anxiété. Le bébé sépare les personnes *connues* des personnes *inconnues* et se rappelle brièvement sa mère même si elle quitte la pièce. C'est à ce stade que la peur de la séparation fait son apparition. La réaction du bébé est importante lorsqu'il découvre que la mère peut « disparaître ». La construction de

la permanence est un processus affectif motivé par l'objet, la mère. L'enfant qui n'a pas eu de contact de qualité à ces deux stades sera incapable de développer des relations significatives.

Stades III et IV : Intériorisation de base du parent et permanence sociale de base. Acquisition de l'intériorisation de la permanence et de l'identité. (12-36 mois). L'enfant devient conscient de lui en tant qu'individu séparé et saisit son impact sur l'environnement. Pour pouvoir fonctionner, l'enfant peut jusqu'à un certain point oublier affectivement la personne jusqu'à ce qu'elle réapparaisse. Par la suite s'insère la permanence du rôle social (36 mois-6 ans). C'est la période où l'enfant se crée une identité sociale indépendante.

Lors d'expériences de séparation traumatiques dans la troisième phase, celle où l'enfant apprend à se souvenir de sa mère pendant son absence, cette expérience peut rendre l'enfant insécurisé, ce qui l'amènera à interpréter les séparations mineures indispensables comme des rejets. À ces stades, Rygaard (2005) parle de *problèmes ou traumatismes d'attachement* et non de trouble, car l'enfant est encore accessible à la thérapie.

Selon le modèle de Rygaard (2005), l'application de la thérapie du milieu est différente de la psychothérapie autant dans ses moyens que dans ses objectifs. Le thérapeute travaille avec un éventail de théories et de méthodes, mais à des niveaux inférieurs au niveau psychologique dans l'objectif d'établir les *prémisses d'un contact psychologique et social*. Le principal facteur à prendre en compte est la compensation du handicap émotionnel et ses conséquences. Les objectifs de la thérapie du milieu sont d'aider le client, mais aussi de protéger la société et l'environnement des conséquences de ce handicap. La thérapie du milieu mise sur la création d'un environnement stable, simple et d'une motivation externe (le thérapeute), dans la mesure où l'enfant ne rencontre pas trop de changements, de

personnes ni de structure. Si le thérapeute est toujours là (objet toujours présent), l'enfant sera capable d'apprendre. Toute information aura été filtrée et reformulée par le thérapeute en quelque chose que l'enfant puisse comprendre, comme s'exerce la fonction de membrane protectrice de la mère envers son enfant. Il faudra réduire les stimulations et le stress dans un fonctionnement de groupe par un environnement ritualisé, calme et planifié.

Dans la thérapie du milieu, Rygaard (2005) ramène le thérapeute à passer à une étape inférieure si le contact échoue en ralentissant la vitesse de la procédure (contact oculaire, contact avec les objets, la nourriture, etc.). Dans cette approche, l'accent est mis sur la supervision de l'équipe traitante et le soutien, le thérapeute étant le principal objet de changement.

2.6.7 L'adopteparentalité de Johanne Lemieux

Travailleuse sociale de formation, Johanne Lemieux s'est intéressée à l'attachement des enfants adoptés, il y a plusieurs années. Par sa volonté d'améliorer le fonctionnement global de ces enfants, elle a développé un modèle d'intervention inspiré de plusieurs courants, dont la thérapie de l'attachement de Zaslow, la thérapie développementale dyadique de Hugues, la thérapie du milieu de Rygaard, la thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), la thérapie cognitivo-comportementale et celles de plusieurs autres auteurs. Véritable pionnière dans son milieu de pratique, elle fut un vecteur dans la prise de conscience collective et a contribué largement à vulgariser les travaux issus de la théorie de l'attachement. C'est selon ces multiples conceptions théoriques, qu'elle a formé plusieurs professionnels du milieu qui fournissent ainsi des données facilitant les interventions. Ses travaux adressés aux parents adoptants ont permis de simplifier des notions centrales de l'attachement pour mieux les transposer dans le quotidien des familles.

Son modèle, essentiellement axé sur la psychoéducation, s'intéresse aux enjeux et aux besoins des enfants adoptés en misant, entre autres, sur l'acquisition de connaissances et la compréhension des donneurs de soins face aux besoins des enfants. Lemieux (2002), accorde une attention importante aux blessures et traumatismes développés pendant les premiers mois ou les premières années de vie qui peuvent venir entraver le processus d'attachement et le développement de l'enfant. Son approche vise aussi à développer la sensibilité parentale pour répondre adéquatement aux besoins et aux comportements de l'enfant, en les interprétant à travers le spectre de l'attachement. À partir d'outils et de repères concrets, elle ré-adresse les étapes du développement de l'enfant en favorisant le re-maternage lors de l'intégration de celui-ci, à sa nouvelle famille pour permettre l'installation d'un attachement sécurisant. Comme plusieurs auteurs (Rygaard, 2005; St-Antoine et Rainville, 2004), elle travaille à la création d'un cadre contenant structurant et facilite l'explosion de la nourriture affective transmise à l'enfant.

À travers les années, elle a raffiné son modèle selon une lecture systémique, pour y inclure l'influence des styles d'attachement de l'adulte dans la création du lien avec l'enfant. Lemieux (2002) reste aussi, sensible à toutes incidences de comorbidité qui peuvent complexifier son fonctionnement.

2.6.8 Le modèle d'intervention du Centre Jeunesse Montérégie

Ce modèle d'intervention (Le Centre jeunesse de la Montérégie, 2005) porte le nom de : « *Pour chaque jeune, un lien, un lieu pour s'épanouir : Programme d'intervention en abandon* ». Il a été conçu en 2005 et s'est inscrit dans une démarche provinciale afin de développer un projet de vie permanent pour les enfants abandonnés ou à risque d'abandon. Il tient compte de préoccupations d'intervenants et gestionnaires qui gravitent auprès de ces enfants. Ce modèle consiste à dépister

rapidement les enfants à risque d'abandon. Aussi, il précise les activités de suivi avec les enfants, les parents et les ressources pour mettre en place les conditions qui favorisent la résilience; susciter l'action concertée d'acteurs de différents services et organisations dans l'intervention en problématique d'abandon.

Selon son cadre de référence (Le Centre jeunesse de la Montérégie, 2005), il s'adresse aux intervenants qui côtoient la clientèle des enfants de 0 à 17 ans, mais propose des interventions plus explicatives pour les 0 à 5 ans et leur famille. Ce programme démontre la théorie d'attachement de Bowlby et d'Ainsworth en tenant compte du modèle interne d'état d'esprit du parent. Il accorde une attention particulière :

- aux capacités parentales,
- à l'impact de la séparation de l'enfant d'avec son parent,
- au conflit de loyauté de l'enfant qui a maintenant deux familles (la famille d'origine et la famille d'accueil),
- au phénomène de la résilience.

Il sert de guide aux intervenants pour favoriser le dépistage des enfants à risque d'abandon pour fournir une évaluation approfondie de ce risque. L'objectif ultime étant de déterminer un projet de vie.

2.6.9. Modèle d'intervention clinique en CLSC auprès des familles adoptantes et de leurs enfants

En 2000, le Secrétariat à l'adoption internationale et l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal ont mandaté le CLSC Saint-Louis du Parc (établissement annexe

au CSSS Jeanne-Mance) à mettre sur pied des services en adoption internationale. Le programme est maintenant administré par une petite équipe d'intervenants spécialisés : une travailleuse sociale, une psychoéducatrice et une infirmière. Les services fournis couvrent autant l'aspect groupal qu'individuel. Ils offrent des ateliers en pré et post adoption, qui amènent les participants à réfléchir sur des aspects en lien avec l'adoption. Également, dès la première année d'existence des services, un groupe de soutien a été mis sur pied. Il permet à ceux qui ont complété les ateliers de poursuivre leur réflexion selon une structure de base pour répondre aux urgences des parents, de partager les ressources existantes ou d'entendre des conférenciers experts dans le domaine de l'adoption.

Un service de consultations individuelles ou de couple est également offert. Parfois sous la forme d'un volet familial. Ces consultations concernent entre autres la gestion des symptômes reliés à l'adoption. En complémentarité de ces activités, l'établissement a été en mesure d'offrir à deux reprises des groupes en art-thérapie qui s'adressent principalement aux enfants adoptés.

Le programme prend en compte certains postulats de base tels que le concept de la sensibilité parentale d'Ainsworth; l'enveloppe protectrice (concept emprunté à Brazelton qui s'applique à *faire ressentir à l'enfant toute la chaleur, la sécurité émotionnelle possible.*) (Labasi-Duchesneau, 2008); les pertes importantes à reconnaître (la rupture avec le parent biologique et l'infertilité du parent adoptant); la trilogie (le parent adoptant, l'enfant et le parent biologique); la terminologie (utilisation du mot **séparation** au lieu d'**abandon** que les auteurs désignent comme *un jugement implicite*); la mémoire (la partie du corps de l'enfant qui se souvient étant donné le fait que le cerveau a enregistré la perte de l'objet d'amour, le parent biologique); l'enfant adopté : profil et réactions (qui tient compte du profil de l'enfant adopté); et le processus d'attachement dont le travail est inspiré de Holly VanGulden, *Learning the Dance of Attachment*.

2.6.10. Le modèle de Moss et ses collègues (2009)

Inspiré en partie des travaux de Dozier (2005), ce modèle a été utilisé auprès de familles d'accueil, de la banque mixte du Centre Jeunesse de Montréal et a fait l'objet d'une évaluation, par une équipe de l'Université du Québec à Montréal. Il s'agit de huit rencontres avec le donneur de soin principal, en particulier la mère, rencontres réalisées au domicile et d'une durée de 90 à 120 minutes. La présence de la mère est obligatoire et le second parent peut se joindre à quelques rencontres. Il y a discussion de thèmes en lien avec l'attachement et utilisation d'enregistrement vidéo, visionnement et rétroaction avec le parent. L'objectif est d'être témoin de ses propres comportements, d'identifier et renforcer les attitudes positives.

Le programme est divisé en plusieurs rencontres :

1. ***Introduction à la problématique et aider l'enfant à faire confiance.*** Les objectifs sont la sensibilisation aux défis que représentent les enfants qui ont vécu une ou plusieurs séparations et l'aide au parent pour augmenter la relation de confiance avec son enfant.
2. ***Reconnaître ses propres difficultés.*** L'objectif est d'amorcer une réflexion sur ses préoccupations personnelles en vue d'identifier les obstacles à la relation.
3. ***Prodiguer des soins en dépit de ses préoccupations.*** L'objectif est de réfléchir à sa propre éducation, ses influences et, à l'impact de son histoire sur son style parental.
4. ***L'importance du toucher*** qui consiste à réfléchir à ses réactions, à celles de l'enfant et à celles de ses propres parents face au toucher.
5. ***Aider l'enfant à prendre les devants*** afin de donner à l'enfant l'impression d'exercer une influence sur son environnement.

6. ***Suivre l'initiative de l'enfant*** où on demande au parent de jouer avec son enfant pendant qu'ils sont filmés. Par la suite, il y a visionnement de la séquence avec le parent afin de mettre en valeur les forces.
7. ***Porter attention aux signaux de l'enfant*** pour bien décoder les besoins de l'enfant et favoriser sa coopération.
8. ***Les émotions de l'enfant et la célébration de la relation*** où l'on explique l'importance de valider les émotions de l'enfant que celles-ci soient positives ou négatives. On profite des séquences vidéos pour identifier les changements positifs de la relation tout en reconnaissant l'importance de poursuivre les acquis.

CHAPITRE III

LES FONDEMENTS MÉTHODOLOGIQUES

Dans un premier temps, rappelons la question principale de notre recherche à savoir :

Identifier les repères d'intervention et ceux de la pratique des intervenants pour le traitement des enfants ou adolescents en voie d'abandon, abandonnés ou adoptés présentant un problème d'attachement dans un contexte d'intervention familiale.

Notre recherche répondra aux quatre axes suivants :

1. La représentation du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.
2. Les approches utilisées et le processus d'intervention.
3. Les changements observables suite aux interventions.
4. Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.

3.1 POSTULATS DE BASE

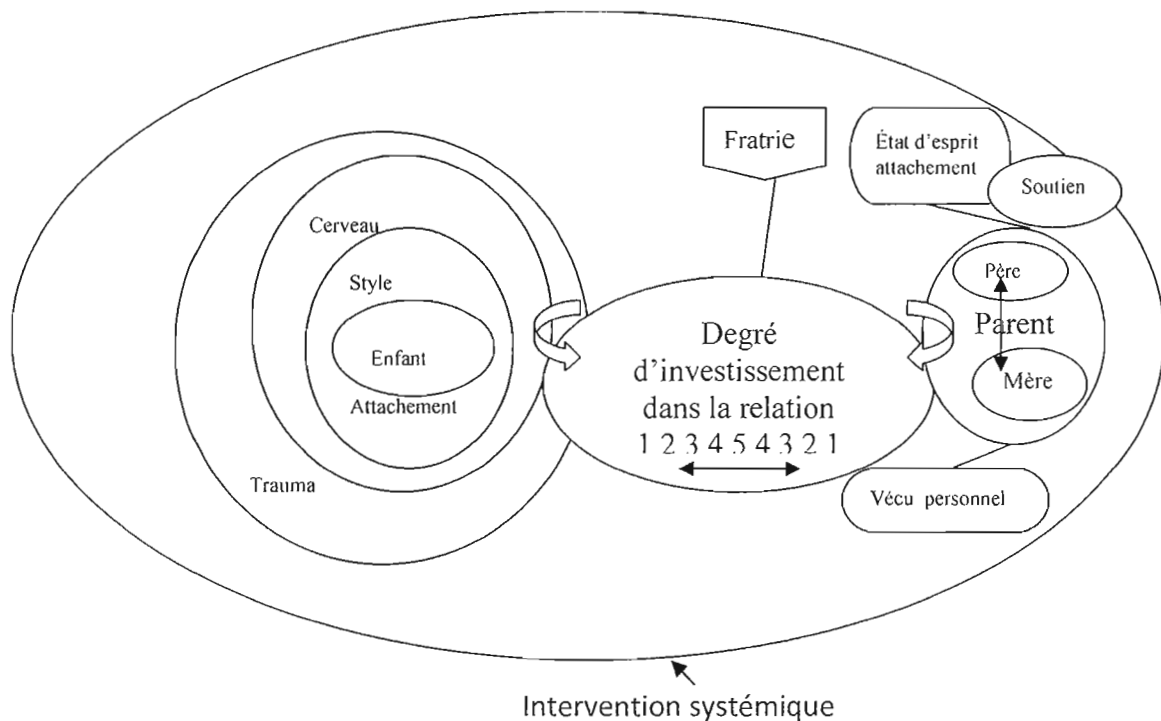
Tout d'abord, il serait opportun d'affirmer que notre projet de recherche vise, entre autres, à valider certaines hypothèses de départ. Toutefois, étant donné la confusion entre hypothèse de travail et hypothèse théorique tel qu'émis par Lefrançois (1992), nous parlerons plutôt de postulats de base.

1. La thérapie familiale améliore davantage la qualité d'attachement de l'enfant à sa famille étant donné que la difficulté est d'ordre relationnel contrairement à la thérapie individuelle qui crée plutôt un attachement de l'enfant à son thérapeute.
2. Favoriser la présence du même intervenant dans le processus de traitement familial d'une problématique d'attachement est indispensable au succès de la thérapie familiale ainsi que les interventions régulières et soutenues pendant un minimum d'une année.
3. La qualité relationnelle du couple et sa solidité influenceront la qualité du lien de l'enfant à sa famille.
4. L'état d'esprit du parent face à son propre attachement influencera la qualité de l'attachement envers l'enfant.
5. Le traitement des mémoires traumatiques est indispensable et augmente la capacité de l'enfant à s'investir dans le processus thérapeutique.
6. Favoriser l'expression et la ventilation de l'enfant sont nécessaires en vue de créer les conditions les plus propices et améliorer ainsi sa capacité à s'attacher.

3.2 L'ILLUSTRATION DE L'ATTACHEMENT DANS LA FAMILLE

Considérant ces postulats de base, nous avons choisi d'illustrer par le schéma suivant, les différentes interactions possibles entre l'enfant et le système familial en intégrant les différents concepts théoriques soulignés dans les pages précédentes.

3.2.1. Schéma du processus d'attachement



3.2.2. Description d'ensemble

Les composantes du schéma précédent démontrent bien les différentes variables qui influencent la capacité de l'enfant à s'attacher à ses parents. Nous avons illustré cette capacité par le concept de « pelures d'oignon ». Chaque couche superposée autour du sigle de l'enfant souligne les facteurs qui peuvent influencer les composantes personnelles de celui-ci face à son désir de se rapprocher ou s'éloigner de la figure d'attachement. Dans un premier temps, l'enfant naît et développe un style d'attachement selon la réponse de la figure maternelle. C'est la première couche qui agit sur le comportement de l'enfant pour fixer son type d'attachement. Cette capacité de s'attacher est influencée par le développement, entre autres, du cerveau et des mémoires traumatiques. La composante du cerveau prend en compte les circonstances

de la vie intra-utérine : le stress maternel durant la grossesse qui augmente ou maintient le taux de cortisol chez la mère, l'adéquation du taux de cortisol de la mère et celui du fœtus, la consommation et la nutrition de la mère pendant la grossesse. Autant de facteurs qui contribuent au développement normal ou atypique du fœtus. De plus, la composante du cerveau fait aussi référence aux conditions de la naissance et la nutrition du nourrisson pendant ses premiers mois de vie. Quant à elles, les mémoires traumatiques se forment lors de conditions de vie toxiques telles que :

- la négligence,
- la violence physique et psychologique, que l'enfant en soit victime ou témoin,
- la violence sexuelle,
- l'impact de la dépression post-partum de la mère.

Donc, tout ce que l'enfant emmagasine en pelures d'oignon affecte sa capacité d'être en relation.

La deuxième composante est la capacité personnelle du parent à s'investir dans la relation, selon ses capacités d'attachement développées durant sa propre enfance et son vécu personnel. Suivant que ce parent présente un état d'esprit autonome, préoccupé, évitant ou désorganisé, il va se rapprocher ou s'éloigner de son enfant. Ces enjeux vont influencer le degré d'investissement de l'un et de l'autre dans la relation. Il se créera parfois une fusion qui peut contribuer à l'anxiété de séparation, une synergie ou une distance qui renforcera l'attachement évitant de l'enfant. Cet investissement devient la pierre angulaire de la capacité à s'attacher et influence les interactions entre les membres de la famille. C'est pourquoi, chez les familles où il existe une fratrie, l'investissement relationnel de l'enfant au parent peut devenir utilitaire, si un frère ou une sœur crée une forme relationnelle suffisante pour nourrir

affectivement l'enfant. Il est parfois moins menaçant de s'attacher à un autre enfant qu'à une figure parentale si celle-ci n'offre pas le degré suffisant ou souhaité d'investissement. Les événements non résolus du vécu personnel du parent tels que les traumatismes, deuils, pertes, etc., l'attachement du couple et la satisfaction conjugale vont également largement contribuer à l'équilibre familial. Les formes de soutien, offerts à la famille, qu'ils proviennent de la famille élargie, du réseau social et communautaire ou des institutions permettent de mieux naviguer et composer lorsque des facteurs environnementaux et personnels viennent complexifier le fonctionnement.

La troisième composante prend son importance lors de l'observation des interactions de tous les membres de la famille. Une lecture et l'intervention systémique permettent de cerner les enjeux relationnels, mieux évaluer les causes des difficultés de fonctionnement et veiller à l'établissement d'interventions plus efficaces. Plus encore, l'intervention familiale permet d'avoir accès aux informations de tous les membres et de partager de façon commune les perceptions tout en offrant au parent la possibilité de devenir l'objet de sécurité et de réconfort lors de réactions ou d'émotions fortes. Bien que l'intervenant se situe généralement à l'extérieur du système familial, à savoir, en position de neutralité active, davantage en mode observateur et en tant qu'accompagnateur de la famille, il n'en demeure pas moins que la rencontre s'inscrit dans ce que Lamarre (1998) nomme la seconde cybernétique. Par seconde cybernétique, il faut comprendre l'inclusion de l'observateur dans le système observé dans lequel il devient « *le tiers inclus* ». *On ne peut agir sur un système sans en faire partie, même si ce n'est que de façon temporaire.* (Lamarre, 1998 – p. 78)

3.3. DEVIS OPÉRATOIRE

Il s'agit d'une recherche exploratoire parce qu'elle « *privilégie la description et oblige d'être attentif aux diverses dimensions des phénomènes analysés, elle insiste sur la diversité des manières d'être et d'agir et aboutit souvent à la construction de typologies.* » (Poupart et al, 1998 :34) Elle s'inscrit dans une approche qualitative étant donné l'utilisation de petits échantillons devenant une représentation intéressante qui ne vise pas la généralisation. (Mayer et al, 1991) Elle est de type inductif parce qu'elle part de la définition que la population cible se donne elle-même de ses besoins et rassemble les informations sur le vécu d'une situation. (Mayer et Al, 2000 : 263).

C'est une recherche d'approche phénoménologique, étant donné l'exploration du sens des discours, privilégiant le vécu, la perception et les expériences des participants. Le discours représente une valeur de témoignage, exposé systématiquement sans en attribuer un autre sens. (Poupart et al, 1998) Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées et en fonction d'un canevas d'entrevue qui traitait de quatre points énumérés dans la section suivante.

Nous avons aussi utilisé un cadre d'analyse de vérification de contenu. Ce type d'analyse nous permettait de vérifier le réalisme, le bien-fondé et la validité des postulats de base, déjà déterminés. (Mayer et Al, 1991) Ainsi, nos choix méthodologiques ont suscité l'exploration de nouvelles pistes de compréhension des interventions auprès des familles.

3.4. SCHÉMA D'ENTREVUE

1. La représentation-conception du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.
2. Les approches utilisées et le processus d'intervention.
3. Les changements observables suite aux interventions.
4. Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.

3.5. RECRUTEMENT

Le recrutement s'est fait auprès d'organismes tels que : les Centres Jeunesse, les équipes de pédopsychiatrie, les CSSS, l'association PETALES (parents d'enfants souffrant de troubles de l'attachement, ligue d'entraide et de soutien) de la région de Montréal et de la Montérégie. La variante de nos trois types d'échantillon expliqués dans la section suivante a été effectuée à partir d'informateurs clés qui ont identifié des intervenants détenant une grande expérience avec les problèmes d'attachement. Dans un premier temps, les participants ont été contactés par courriel et/ou par téléphone, avec l'envoi d'une lettre d'invitation et du formulaire de consentement. Un délai de 10 jours a été accordé afin de leur permettre d'exprimer leur refus ou consentement et recevoir des explications plus détaillées. Une fois le consentement verbal obtenu, nous avons planifié l'entrevue dans un milieu à leur convenance.

3.6. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Nous avons identifié une cohorte de six professionnels de formations différentes en tant que participants afin de recueillir le plus d'information possible. Ainsi, nous avons opté pour un mélange de trois types d'échantillon. L'échantillon par quotas nous a permis « l'inclusion d'éléments variés tout en tenant compte des proportions dans la population cible » (Mayer et al, 2000). Un échantillon typique a contribué à privilégier les participants correspondant au type idéal en lien avec les objectifs de notre recherche. (Mayer et al, 2000) Et pour terminer, l'utilisation d'un échantillon boule de neige, puisque plusieurs personnes ont suggéré le nom d'autres personnes pour maximiser la recherche de nos participants. (Mayer et al, 2000) Ces formes d'échantillon ont permis d'explorer les modèles d'intervention issus de milieux différents créant ainsi un hybride pour augmenter la diversité des participants. Le choix des participants a tenu compte de l'inclusion des critères suivants : intervenants (hommes ou femmes) issus de divers milieux de pratique et de professions, variés (travailleur social, psychologue, pédopsychiatre), d'un niveau d'expérience professionnelle senior en plus d'une expérience clinique significative, dans le traitement des problèmes d'attachement. Nous avons exclu les participants sans expérience professionnelle auprès des problèmes d'attachement.

La stratégie d'entretien par entrevue semi-dirigée nous a permis de recueillir des éléments de réflexion, très riches et nuancés et d'établir un contact direct avec le participant. Cet entretien nous a procuré un degré de profondeur significatif des éléments d'analyse recueillis. Ce champ d'étude en ce qui concerne le traitement des problèmes d'attachement demeure très évolutif.

Notre échantillon est formé de trois hommes et trois femmes. Nous avons rencontré un pédopsychiatre, quatre travailleurs sociaux et un psychologue. Trois d'entre eux, sont nouvellement retraités. Ils ont entre 21 et 40 ans de pratiques professionnelles

pour une moyenne de 32.3 ans. Ils ont également entre 15 et 30 ans d'expérience auprès des problèmes d'attachement pour une moyenne de 21 ans, ce qui forme une cohorte expérimentée, riche et intéressante. Ils sont tous membres d'un ordre professionnel à l'exception de deux participants nouvellement retraités qui n'ont pas renouvelé leur permis. Les milieux de pratique sont variés. Quatre participants proviennent du Centre Jeunesse, un exerce en pratique privée et en CLSC et le dernier est issu du milieu hospitalier. De plus, certains utilisent deux cadres de référence dans la lecture et l'intervention auprès des familles.

3.6.1 Répartition des approches utilisées selon les participants

Approches	Participants
Approche systémique	3
Psychodynamique	2
Cognitivo-comportementale	1
Humaniste	1
Réseau	1

3.6.2 Clientèle

Parmi notre échantillon, les participants interviennent tous auprès des enfants. Toutefois, trois d'entre eux travaillent aussi avec des adolescents et cinq d'entre eux exercent leur pratique auprès des adultes.

3.6.3 Modalités d'intervention

Modalités d'intervention	Participants
Intervention individuelle	5
Intervention familiale	5
Intervention de groupe	3
Intervention de couple	2
Expert-conseil	1

Ils offrent pour quatre d'entre eux des services préventifs, quatre offrent des services de traitement, un des services d'expertise et un autre de conseil. Cinq d'entre eux utilisent plus de deux modalités d'intervention. Ils sont tous formés à la théorie de l'attachement. Plus précisément, un participant a été formé par le « Family attachment institute Colorado », trois ont été formés par Crittenden, un est thérapeute familiale et conjugale et le dernier a été formé à l'« Adult attachment interview ».

3.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Tout d'abord, notre recherche a été approuvée par le comité d'éthique du programme de travail social. Étant donné que notre objet d'étude porte davantage sur les interventions des professionnels impliqués auprès des enfants, cela a laissé peu de place aux problèmes d'éthique. Nous devons assurer la confidentialité des propos recueillis, garder le contenu sous clé. Nous avons demandé à ces intervenants quelles étaient leurs disponibilités, le cas échéant, pour une autre recherche ou des compléments d'information.

L'envoi d'une lettre d'information et de consentement concernant les objectifs de cette recherche a permis aux participants de fournir un consentement volontaire et éclairé. Ils ont été libres d'assister ou non à l'entrevue. La recherche n'a pas été anonyme étant donné que l'échantillonnage a été effectué par quota, typique et boule de neige. Toutefois, la confidentialité est assurée. Les participants ont accepté de fournir leurs coordonnées pour la diffusion des résultats.

3.8 RESSOURCES HUMAINES ET DIFFUSION

Nous avons assumé personnellement les ressources humaines et les fonctions, soit la direction scientifique avec le directeur de mémoire, le travail de terrain, la collecte des données, l'analyse/interprétation, la rédaction et la diffusion. Toutefois, nous avons bénéficié d'une secrétaire pour la transcription des données enregistrées.

Dans notre plan de diffusion, nous prévoyons remettre à chaque participant les résultats de la recherche. Nous souhaitons aussi écrire un article scientifique pour la revue *Intervention de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et/ou Nouvelles pratiques sociales*, fournir les résultats de recherche à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, au Centre Jeunesse Montérégie et à PETALES Québec ainsi que diffuser nos résultats lors de notre participation au colloque international sur les troubles de l'attachement en Belgique en mai 2011.

CHAPITRE IV

LES REPRÉSENTATIONS DES PARTICIPANTS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 PRÉSENTATION ET MÉTHODE

Ce chapitre portera sur les représentations variées, mais combien riches en nuances, des participants de notre recherche qui ont servi de toile de fond à notre mémoire! Tout d'abord, rappelons la démarche qui a été empruntée pour l'opérationnalisation des entrevues de forme semi-directive. Nous avons opté pour une version qui reprend les quatre axes comme indiqué dans la méthodologie, dont l'objectif premier était d'approfondir les éléments de réflexion des participants. À cette fin, voici le cadre conceptuel qui reflète les données les plus significatives issues des entrevues. Ces données ont été transcrites vignette par vignette afin d'en former une synthèse globale et une analyse détaillée, visant à résumer les propos des participants sous forme narrative. (Fortin, Côté et Fillion, 2006) Toutefois, les propos du participant n° 6² se sont révélés moins intégrés en termes de représentations et d'interventions, donc moins pertinents pour l'objet de notre recherche. Ceux-ci étaient davantage reliés à l'histoire de la représentation de l'attachement, dans les services sociaux. De plus, le participant n° 6 agissait à titre d'expert conseil et n'a pas transigé directement avec les familles.

² Participant n° 6 : Homme, travailleur social, nouvellement retraité, issu du milieu des Centres Jeunesse.

quand l'acteur est en situation d'interaction sociale. Cette production de sens tiendra compte de plusieurs aspects : psychologiques, sociaux, cognitifs et communicationnels. Véritable reflet sociétal, cette représentation symbolisera l'expérience de nos participants.

4.2 LES REPRÉSENTATIONS DE L'ATTACHEMENT

4.2.1 Les écoles de pensée

Plusieurs auteurs ont servi de base conceptuelle dans les visions de l'attachement. Bien que Bowlby soit identifié de façon unanime, chez tous les participants, comme un incontournable, plusieurs autres auteurs ont largement influencé les pratiques. Citons, par exemple, les travaux d'Ainsworth, Main et Crittenden; la notion d'empreinte de Lorenz; les études intra-utérines de Lupien; la décision de la Cour suprême du Canada à propos du Toronto Catholic Children Society qui déterminait que le critère pour attribuer la garde de l'enfant devenait la notion de l'attachement; les travaux de Steinhauer et l'étude de Meaney (cité par Sindi, 2011) qui permet de confirmer que l'histoire peut modifier la génétique, débat jusqu'à aujourd'hui longuement ignoré.

Nous constatons également un courant contemporain qui précise que la prédisposition biologique du cerveau de l'enfant, telle qu'inscrite dans l'approche neurobiologique (Rygaard, 2005), teinterait le pronostic de l'attachement, l'orientant dans certains cas, vers une condition d'irréversibilité. Par ailleurs, les travaux de Meaney cités par le participant no 1³ indiquent que : les patrons d'attachement présenteraient plutôt un pronostic réversible relié en partie, aux influences de l'histoire familiale, aux

³ Participant n°1 : Homme, psychologue, nouvellement retraité, issu du milieu des Centres Jeunesse.

événements de vie, aux facteurs environnementaux et aux fonctions relationnelles des parents substituts. Cette conception redonne aux troubles de l'attachement un pronostic plus positif à savoir que le lien d'attachement peut être modifié et par conséquent devenir réversible. Cela fait référence aux modèles issus de la pensée systémique et de la thérapie familiale. Ces modèles font état d'influences bidirectionnelles dans le processus d'attachement, identifiant ainsi la personne désignée comme pouvant être le symptôme d'un problème de couple ou d'un problème familial et non, le porteur du problème.

4.2.2 Les variantes des définitions de l'attachement

Bien que six participants aient contribué à notre recherche, nous n'avons retenu que quatre définitions. Le participant n° 1 nous ayant plutôt fourni une vision conceptuelle de ce qui a nourri ses réflexions et le participant n°6, l'évolution historique des services sociaux.

4.2.2.1 Définition du participant no 2

Parmi les principales représentations de l'attachement, celle-ci est perçue par le participant n°2⁴, comme « *une construction qui se bâtit à travers les premières interactions que l'enfant va vivre avec son parent ou son donneur de soins* ». C'est une construction qui part d'un besoin inné, un besoin inscrit dans l'ADN et qui répond principalement à la nécessité que l'enfant se sente en sécurité ». Pour assurer sa survie, l'enfant va rechercher une interaction pour répondre à ses besoins primaires avec son parent et construire un modèle de représentation du rapport humain. Cette conception prend sa source dans plusieurs travaux tels que ceux de : Bowlby,

⁴ Participant n° 2 : Femme, travailleuse sociale, plus de 30 ans d'expérience, issue du milieu des Centres Jeunesse.

Ainsworth, Main et Crittenden selon les catégories issues du modèle médical qui permettent de classer les types d'attachement selon un attachement sécurisant jusqu'à l'attachement désorganisé qui peut mener à la psychopathie.

4.2.2.2 Définition du participant n° 3

Pour le participant n° 3⁵, l'attachement est identifié « *comme une caractéristique développementale plus qu'un diagnostic* ». Nous pouvons constater qu'il existe actuellement une diffusion de connaissances, concernant l'attachement, dans lesquelles sont confondus, les troubles de la relation parent-enfant et les troubles de l'attachement. L'attachement est vu comme « *une issue développementale qui devient un élément de protection ou un élément de vulnérabilité éventuel* ». Cette dimension du développement régule la capacité à être sécurisée et à explorer le monde autour de soi. Cette caractéristique qui est protectrice va se manifester particulièrement dans des situations de stress. Pour ceux dont l'attachement est moins sécurisé, il y aura évolution d'éléments de vulnérabilité, donc plus de risques de développer différentes problématiques pédopsychiatriques. Cette dimension développementale aide à comprendre les enjeux du lien. Actuellement, la vision de l'attachement est devenue de plus en plus exclusive et risque d'être utilisée à tout vent comme si elle expliquait tout. Pourtant, selon ce participant, il y a d'autres phénomènes ou modèles conceptuels qui peuvent expliquer aussi ces symptômes et les difficultés qui s'y rattachent.

⁵ Participant n° 3 : Homme, pédopsychiatre, plus de 20 ans d'expérience, issu du milieu hospitalier.

4.2.2.3 Définition du participant n° 4

Chez la participante n°4⁶, l'attachement est aussi perçu comme « *une notion d'apprentissage* ». Cette participante s'appuie aussi sur les représentations de base de l'attachement qui parle de patience, de motivation, de générosité, de tolérance, d'amour et d'empathie. Ces données, réfèrent à la sensibilité parentale, la proximité et la réciprocité issue des travaux d'Ainsworth dont les assises s'inscrivent dans le développement de ces compétences par un contact relationnel sain avec un donneur de soin. Elle parlera aussi de l'attachement comme ayant « *une influence sur l'architecture du cerveau en termes de réseautage.* » Le besoin d'un enfant de répéter, insister pour obtenir une réponse peut développer un trait de caractère, car ce comportement s'inscrit dans un modèle reçu pour obtenir une réponse à un besoin de base.

4.2.2.4 Définition des participants n°s 2, 3 et 4

La participante n° 2⁷ parlera du « *sentiment de réconfort de l'enfant qui contribue au sentiment de sécurité* ». Un sentiment qui permettra à l'enfant d'explorer son environnement, se référant ainsi aux travaux d'Ainsworth sur la situation étrange. Selon sa conception, l'enfant qui ne peut reproduire une image rassurante dans son cerveau va démontrer des signes de détresse, conservant ainsi des séquelles de ces premières empreintes. Elle évoque aussi la notion de « *perméabilité* » (notion développée par la participante) qu'on retrouve dans la capacité de l'enfant d'accueillir le réconfort du donneur de soin. Si les traumatismes vécus sont trop sévères, l'enfant

⁶ Participant n°4 : Femme, travailleuse sociale, nouvellement retraitée, issue du milieu du Centre Jeunesse.

⁷ Participant n° 2 : Femme, travailleuse sociale, plus de 30 ans d'expérience, issue du milieu des Centres Jeunesse.

va perdre ses repères et devenir envahi par des émotions négatives, l'empêchant ainsi d'aller chercher l'aide dont il a besoin. Il devient « *imperméable* » aux soins. Cette conception s'inscrit davantage dans les fondements neurobiologiques (Rygaard, 2005) qui font état du concept d'irréversibilité dans le processus de construction de l'attachement.

Pour les participants n° 3 et n° 4⁸, l'attachement « *s'inscrit dans une classification diagnostique selon une échelle de sévérité dans les relations, avec sur-implication ou sous-implication relationnelle* ». Ainsi, « *l'attachement ne peut appartenir à une seule personne* ». Il est perçu comme « *un processus relationnel* » différent selon le lien avec le père et celui avec la mère et exige d'être attentif à ne pas attribuer le diagnostic qu'à l'enfant. Pour le participant n° 2, l'attachement est « *un continuum selon des schémas d'intensité différents* » selon le vécu, la génétique, la personnalité, le degré de sensibilité et l'état de santé. Pour le participant n° 4, l'attachement est vu comme « *des niveaux, une gradation* », « *l'ouverture à se rapprocher même de façon superficielle d'une figure parentale* ». Qu'on parle d'*échelle de sévérité, de processus relationnel, de continuum, de niveaux ou de gradation* : la conception même de l'attachement, chez la plupart des participants, devient porteuse d'espoir face au pronostic, et peut sensiblement être renversée. Pour la participante n° 4, elle perçoit « *l'attachement comme un casse-tête dans lequel s'insère : un attachement primaire, puis des attachements secondaires* ». On mise aussi sur la qualité et le plaisir d'être en relation.

⁸ Participant n° 4 : Femme, travailleuse sociale, nouvellement retraitée, issue du milieu du Centre Jeunesse.

4.2.3 Le pronostic des interventions

Le participant n° 1 soulève deux catégories d'individus, ceux qui présentent des caractéristiques pouvant générer un succès dans le traitement et ceux dans lesquels il y a peu d'espoir de réussite. Il s'appuie, entre autres, sur les notions de types d'attachement d'Ainsworth, identifiant du même coup la catégorie d'attachement insécurisant évitant comme un très grand défi quant à l'intervention et dans laquelle il y a peu de marge de manœuvre pour stabiliser les améliorations. C'est sa façon de différencier le pronostic des interventions. À ce moment, il parlera d'un profil qui se rapproche du trouble de personnalité antisocial; se référant ainsi à une approche médicale des problèmes relationnels et cristallisant du même coup la possibilité d'établir des liens d'attachement même sommaires. C'est ainsi que la complexité du trouble de personnalité limite lui permet aussi de confirmer qu'il n'est pas la continuité d'un trouble de l'attachement, mais plutôt la concordance de certaines phases, dont le désir de maintenir un état fusionnel pendant un certain laps de temps parsemé d'un éloignement qui va conduire au rejet. Il fait état de plusieurs regroupements et chevauchements dans les dynamiques et les cycles. Ses propos sont davantage nuancés que ceux provenant de la vision de plusieurs écoles de pensée issues de la psychiatrie. Certaines écoles de pensée placent plutôt le trouble de la personnalité comme la continuité du trouble de l'attachement.

Pour la participante n° 2, les « *épisodes de désorganisation* » s'inscrivent sous « *un mode de contrôle pour assurer sa survie* » développant ainsi « *un mode adaptatif de contrôle* ». Toutes les circonstances de l'histoire développementale de l'enfant que ce soit la vie intra-utérine, les conditions de la grossesse, l'exposition à des conditions de vie de négligence, de violence, de malnutrition, la génétique transmise par les parents biologiques, les antécédents médicaux ainsi que la transmission intergénérationnelle *influencent la construction du lien et font écho aux facteurs environnementaux.*

Nous pouvons donc conclure que selon les visions et la formation des participants, plusieurs points relèvent de la concordance dans les propos. Parmi ceux-ci, leurs conceptions initiales de l'attachement se réfèrent toutes aux travaux de Bowlby. La plupart perçoivent l'attachement comme un continuum évolutif selon un pronostic favorable. Toutefois, la représentation de l'attachement peut aussi varier selon les écoles de pensée, la formation initiale ainsi que la trajectoire des professionnels. Cette variabilité des points de vue reflète la réalité plus subjective du processus d'intervention. La rencontre des deux systèmes psychosociaux, celui de l'intervenant et celui de l'enfant et sa famille révèlent au grand jour non seulement la variabilité conceptuelle, mais également son impact sur le processus réflexif et d'intervention.

4.3 LES APPROCHES UTILISÉES

4.3.1 L'intervention systémique et quelques approches complémentaires

Concernant les approches utilisées par nos participants mis à part le participant n° 1 qui ne préconise pas l'intervention systémique pour le suivi des enfants devenus adultes avec un trouble de l'attachement. La majorité adhère à l'approche systémique en raison de la vision d'ensemble qu'elle procure sur une situation donnée.

Dans la mesure où, le mode d'intervention est effectué dans un contexte d'interactions familiales ou dyadiques, la participante n° 2 croit qu'il nous permet de nous intéresser à *toutes les interactions*. Cela permet de cibler autant la *relation avec l'enfant* que la *relation dyadique de couple*. Cette participante porte une attention particulière à la *transmission trans-générationnelle* concernant les mises en scène des épisodes du passé du parent. Mises en scène, recréés dans la situation actuelle et qui viennent renforcer ainsi la théorie du tiers absent ou des fantômes dans la

chambre de l'enfant. Par tiers absent, il faut reprendre les propos de Goldbeter (2005) sur ce concept.

Pour la participante n° 5⁹, la thérapie familiale guide principalement la lecture des situations problèmes. Elle est aussi inspirée des travaux de Michael White et de Scott Miller, concepteurs de la thérapie brève et l'approche narrative, faisant ici référence à l'historicité. D'ailleurs, ce désir d'inclure l'historicité dans la vie de l'enfant est aussi unanime dans les positions de tous les participants, un incontournable. Il n'est pas possible de travailler en attachement sans inclure l'histoire de la vie de l'enfant. Selon le participant n° 1, *« tout individu a besoin d'une vision, de savoir d'où il vient, de qui il vient, même si elle est inventée »*. Toutefois, la participante n° 5 fera état de : l'importance des mots utilisés dans le récit narratif de l'enfant. Par exemple, le mot « abandon » sera remplacé par le mot « séparation ». La thérapie brève (Watzlawick, 2000) est identifiée comme une approche visant l'autonomisation qui *« ne regarde pas les problèmes sous une lunette pathologisante »*. *« Il y a des allers-retours constants dans l'histoire d'origine de la personne dans un souci de débloquer les choses »*. L'intervention régressive, par l'induction d'attitudes régressives comme le retour à l'étape du maternage de base : bercement, biberon, est aussi perçue par plusieurs, soit les participants n° 1, 2 et 4, comme une étape permettant d'améliorer le fonctionnement car, elle permet de compenser des étapes qui ont été escamotées.

4.3.2 Des variantes comme grille de lecture

Le courant de la psychodynamique est aussi largement utilisé pour les participants n° 1 et 2 en tant que *« grille d'analyse et d'observation »*. Le participant n° 3 va inclure principalement la classification diagnostique dans son travail, référant ainsi au

⁹ Participante n° 5 : Femme, travailleuse sociale, plus de 30 ans d'expérience, issue du milieu des CSSS

modèle médical. Toutefois, il tiendra compte d'un modèle d'intervention multidisciplinaire pour faciliter le travail thérapeutique, en tenant compte « *d'une vision multifactorielle où les questions d'attachement occupent une juste place et non toute la place* ». Les dimensions systémiques, pédagogiques et culturelles y seront d'une grande importance, prenant soin de bien évaluer les dimensions visibles et invisibles dans la famille.

4.3.3 L'intervention groupale

L'intervention groupale (Turcotte et Lindsay, 2008) est aussi utilisée par la participante n° 5, avec « *une certaine caractéristique thérapeutique* » par l'utilisation de questionnaires et d'exercices pour amorcer un processus réflexif sur son vécu personnel, son histoire d'attachement, ses deuils et ses pertes. L'approche groupale vise autant la pré- adoption que la post-adoption.

4.3.4 Les modalités d'intervention

Plusieurs participants, soit les n°s 2, 4 et 5, ont eu le privilège d'œuvrer dans la vie des familles pendant plusieurs années. Cela est perçu comme un point positif, favorable pour l'évolution des individus parlant ainsi d'intervention à long terme. Le participant n° 1 parlera d'intervention à plus court terme : environ une dizaine de rencontres avec « *des tentatives d'essais erreurs* » en tenant aussi compte « *de la dimension réaliste dans l'application des interventions même si les gens arrivent avec une liste de choses qu'ils veulent corriger. Le cerveau humain ne peut traiter que 3 ou 4 informations* ». Le participant n° 3 utilise aussi le « *court terme dans le long terme* », prévoyant ainsi des fenêtres d'intervention selon les périodes de transition ou des besoins particuliers.

4.3.5 Le modèle d'intervention familiale de Zaslow

Dans un autre ordre d'idées, le participant n° 1 parlera aussi des travaux de Zaslow (Cité par Hallet et Beaufort, 2003) et la notion de « holding therapy » utilisée pour « servir de limites dans les situations de pertes de contrôle et pour établir le lien ». Ce type d'intervention familiale a été largement utilisé au Colorado. À travers l'explication de cette approche, il met en lumière une notion intéressante mettant en cause le thérapeute au niveau de ses aptitudes personnelles et de sa capacité à composer avec ce problème relationnel qu'est le trouble de l'attachement. Le Holding Therapy de Zaslow (Cité par Hallet et Beaufort, 2003) utilisé par ce qui appelle « *des têtes fortes* » chez le thérapeute a contribué à rendre les interventions plus radicales. Il évoque ainsi la danse relationnelle qui met en action l'enfant, les parents et l'intervenant, chacun contribuant à la rigidité du problème ou à son amélioration. Ce point de vue réfère aux notions de transfert et de contre-transfert, issues de la psychanalyse, s'éloignant du modèle médical et de ses catégories. Ce qui est aussi intéressant dans cette conception est le rapprochement avec l'approche systémique dans laquelle on met en lumière les interactions entre les membres d'un système familial, incluant le système extérieur c'est-à-dire les intervenants. Ces influences de tous les individus, gravitant autour et avec l'enfant, vont irrémédiablement engendrer un regard sur soi; donc une plus grande introspection en vue de ne pas placer l'enfant comme le porteur du problème. Tous peuvent ainsi contribuer à l'amélioration de l'attachement, par une modification des interactions.

Dans les concepts de l'approche systémique, on parle de maintien dans le sens d'une notion de changement. Que devient cette notion de changement lorsque comme professionnel, on souhaite maintenir un système par l'utilisation d'un modèle contraignant comme le *holding therapy*? Étant donné que le concept d'homéostasie dans l'approche systémique traite de l'équilibre dans le processus de changement, est-

ce que la collaboration qui est nécessaire dans l'évolution doit primer la contrainte? Ce modèle de contrainte qu'est le *holding therapy*, peut être fonctionnel et efficace pour certains types de situations complexes; mais il peut aussi soulever des questions aux frontières de l'éthique, selon les trajectoires de vie des individus. Un exemple : dans les cas de traumatismes sévères reliés à la violence et aux agressions sexuelles, la « contrainte » telle que décrite par cette approche peut exposer l'enfant à revivre une situation agressive et ainsi, perturber les frontières, trahissant du même coup la confiance de l'enfant envers les adultes.

Selon certains auteurs du *holding therapy*, forcer les défenses de l'enfant est indispensable pour viser l'amélioration des troubles sévères. Cette approche a été utilisée lorsqu'il n'y avait plus d'espoir d'amélioration, lorsque l'enfant refusait le lien avec son parent. Elle est surtout le reflet de l'impuissance des intervenants et des thérapeutes à accepter qu'il n'y a rien à faire, renvoyant ainsi à une contradiction majeure pour certains individus qui choisissent cette profession : ne pas être en mesure de sauver son client. Toutefois, pour le participant n° 1, « *forcer les défenses au niveau des enfants, c'est le volet intrusif du tempérament, je pense que comme thérapeute, il faut avoir le tempérament pour ce type d'intrusion et le doigté et la fluidité verbale. (...) Il faut une bonne connaissance de soi.* »

4.3.6 Les dimensions inconscientes de l'intervenant en attachement

Parmi les dimensions plus inconscientes de la profession, le participant n° 1 parlera de l'intervention en attachement de la manière suivante : « *un effort de se comprendre soi-même dans le vouloir d'aider autrui comme une attirance de la part de gens qui ont eu des détresses de ce type-là dans le passé.* » Avec ce discours, ce participant aborde une notion, souvent mise à l'écart dans le travail auprès de plusieurs problèmes sociaux; notion qui implique de vouloir dans une certaine mesure, réparer

ses propres blessures en traitant celles de l'autre. Une fois encore, dans les approches systémique et analytique, on parlera beaucoup de la place de la famille de l'intervenant qui va s'installer entre lui et la famille qui consulte. Cette notion fondamentale renvoie le professionnel à ses obligations, soit celle de se prévaloir d'une bonne supervision clinique afin de départager ce qui lui appartient de ce qui appartient à la famille consultante. Le travail auprès des enfants en difficulté d'attachement semble impliquer davantage l'intervenant que d'autres problèmes sociaux. L'intervenant n'a pas d'autre choix, il doit accepter d'être confronté à ses vulnérabilités.

À travers son point de vue, on retiendra aussi une façon de camper le problème en y intégrant des phases comme celles de Bowlby lorsqu'il fait référence à la théorie du deuil. Ce travail relatif au deuil se réfère aussi aux deuils de Goldbeter lorsqu'elle parle de la contribution du tiers absent, léger ou pesant, renvoyant encore une fois à la notion de systémique. *« C'est l'accompagnement d'un adulte qui se présente de lui-même pour une détresse, mais qui me confie, je dirais, les pistes à explorer et les moyens par lesquels je vais les explorer. »* À travers ce contenu, nous pouvons aussi faire référence au développement du pouvoir d'agir grâce auquel, l'individu connaît bien ses besoins et les moyens pour améliorer son fonctionnement. On suit le rythme de l'individu, sans appliquer de recettes plus psychoéducatives.

4.4 LES CHANGEMENTS OBSERVABLES

Pour ce qui est des changements observables, nous nous attendions à des contenus plus élaborés, plus explicites. Les propos d'entrevues ont mis en lumière que le contenu relatif aux changements observables n'a pas été suffisamment élaboré. Par contre, concernant de possibles pistes d'intervention, les propos se sont révélés très articulés et d'une grande richesse.

4.4.1 Les changements chez l'enfant

Pour évaluer avec réalisme les changements observables, la participante no 2 les a qualifiés de : « *marches d'escalier ou un continuum* » dans lesquels la récurrence et la régularité, d'une réponse sensible et adéquate du parent, vont créer un sentiment de sécurité suffisant pour l'enfant. Dans ses observations des interactions, elle assiste à des constances de cette sécurité. Cette participante a observé que plus les enfants sont petits, la « *perméabilité du cerveau* », inhérente à leur bas âge, permet à l'enfant d'être très ouvert à la réception des soins, du réconfort et de la stimulation.

Les changements observés vont prendre forme au plan corporel lorsque l'enfant arrive dans sa famille avec le « *teint blafard, les yeux cernés, sans sourire* » pour laisser place à un « *éclat dans son visage, la brillance de ses yeux* » comme si « *l'énergie avait recommencé à circuler dans son corps* ». L'expression de l'enfant sera un indicateur corporel de changements possibles à travers ses demandes et ses interactions. Une autre façon d'observer ces changements réside dans « *le succès de parler de lui en s'estimant* », de construire des relations sociales à l'école, indice de sa capacité à être en lien. Par la suite, la capacité de l'enfant à vivre des succès scolaires, symbole de sa disponibilité à l'apprentissage, prouve qu'il y a réponse adéquate à ses besoins affectifs. La disposition de l'enfant à évoquer à travers son langage émotionnel, ce qu'il vit et ce qu'il ressent, relève de cette réponse satisfaisante à ces besoins. « *L'évolution, c'est quand un enfant est rendu suffisamment sécurisé pour donner accès à des émotions profondes* ». Chez les parents, les changements sont observés dans leur capacité d'être « *plus détendus* ».

Pour la participante no 4, les changements se perçoivent dans l'observation, après une année de placement, de l'évolution d'un patron d'attachement positif de l'enfant. Elle

s'appuie sur une conception de Dozier (2005) qui dit : avant l'âge d'un an, c'est le parent qui est le capitaine du bateau, donc celui qui guide les interactions. Après l'âge d'un an, c'est l'enfant qui pilote le bateau parce qu'il a décodé qui était l'adulte.

4.4.2 Les changements dans le système familial

La participante n° 5 tiendra compte de toute modification des patrons de fonctionnement, des membres de la famille vis-à-vis du comportement de l'enfant. La symptomatologie est observée dans son processus de changement. Elle accorde également une place de choix à la notion de plaisir, au sein de la famille en identifiant ce qui sert d'équilibre. Le plaisir est perçu comme un critère fondamental dans un lien d'attachement. La satisfaction des besoins est également prise en compte dans le processus de changements ainsi que la réciprocité des interactions positives entre l'enfant et le parent; bref, tout ce qui permet de confirmer l'évolution positive de la famille. On peut constater ici un lien étroit entre les notions issues de la thérapie familiale à savoir les principes de frontières, d'homéostasie, d'interactions et les conditions favorisant l'attachement sécurisant d'Ainsworth telles que la sensibilité parentale, la réciprocité, la proximité, etc. C'est à travers ce prisme de conditions que les changements observés semblent s'articuler.

4.5 LES PISTES D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉES

Le volet intervention est probablement la partie la plus déterminante du processus d'attachement. Elle implique de posséder une connaissance qui tient compte des plus récentes données de la littérature et la capacité de transposer ces informations en des interventions efficaces, dans le respect des besoins de l'enfant et du parent.

4.5.1 Les buts de l'intervention

L'intervention est décrite par le participant n° 1 comme servant « *à mettre des mots, les mots appropriés pour dire ce qui se passe et ensuite l'état d'éveil pour reconnaître qu'un processus de désorganisation peut être en train de s'amorcer* ». La détresse est perçue comme « *relationnelle* », la « *guérison, impossible* ». Pour lui, il s'agit plutôt de : « *l'ouverture à l'amélioration* ».

Selon sa vision, le participant no 1 tient aussi compte des caractéristiques favorisant l'introspection en psychothérapie, en qualifiant ces enfants de « *candidats idéaux* ». Ainsi, il prend en compte la capacité de fluidité verbale, d'intelligence, d'intuition et de la reconnaissance d'une détresse contribuant à la qualité du pronostic. Il parle aussi du « *bon dosage* » dans le discours de l'intervenant pour que soit bien toléré le dérangement nécessaire entre « *l'intrusion et la compréhension* ». Il laisse ainsi au client un « *certain contrôle sur le choix du sujet* ». Il fera référence à la notion « *par pelures d'ognon* » lors des interventions. Les premières rencontres servent à « *procéder à une évaluation à des fins thérapeutiques (...) un temps d'apprivoisement* », parce qu'avec « *les gens que nous rencontrons, on a à subir leur évaluation* ». Cette étape lors de l'établissement du contrat thérapeutique s'installe dans une évaluation réciproque, dans laquelle la chimie et le pairage client-intervenant sont aussi essentiels que l'intervention en elle-même.

4.5.2 Les rôles dans l'intervention

Selon le point de vue de la participante n° 2, dans plusieurs situations d'intervention, « *les difficultés proviennent de nos attentes, de notre difficulté à nous ajuster parce que souvent, nous ne sommes pas assez à l'écoute de ce qui se passe* ». Elle perçoit

son rôle comme celui d'une « *accompagnatrice* » qui va proposer de nouvelles avenues avec ténacité. « *Plus on emprunte le même chemin, plus celui-ci va inscrire de nouvelles empreintes* ». Cette vision soulève cependant des contradictions avec le rôle d'expert utilisé par plusieurs intervenants. Pour le participant n° 1, « *il y a des personnes pour qui le fait de se sentir dans un processus dirigé par quelqu'un qui allait être déclaré expert est rassurant. (...) Mais il ne fallait pas que je me laisse piéger par le conflit de rôles (...) je ne peux être que l'un ou l'autre, expert ou thérapeute.* »

Cette conceptualisation élaborée par ces deux participants renvoie à une notion intéressante en thérapie familiale (Morval, 1985), notamment que les membres de la famille assignent des rôles à l'intervenant afin qu'il devienne magicien, accompagnateur, médiateur, sauveur, expert, réparateur des failles de l'enfant ou qu'il exerce un rôle d'autorité. Autant de rôles exercés tel un tiers pesant qui donneront la possibilité de devenir un enjeu relationnel. Ce processus, parfois inconscient, provoque une forme de regard rétroactif sur sa propre enfance et peut créer, un certain malaise, voire un épuisement professionnel. Toutefois, il n'y a pas que la famille qui assigne des rôles. L'institution ou l'intervenant lui-même attribue aux parents une fonction, particulièrement dans les cas sévères de l'attachement. La participante n° 2 nous parlera de la différence subtile entre « *un parent traditionnel et un parent accompagnateur* ». Le *parent accompagnateur* est un parent qui a peu d'attentes envers l'enfant, qui acceptera plutôt de ne répondre qu'aux « *besoins de cet enfant, qui sont d'abord et avant tout des besoins physiologiques* ». L'institution exigera aussi du parent, surtout dans les situations de « *famille d'accueil de la banque mixte* », « *d'être un parent sans être un parent* », donc prendre les responsabilités parentales sans pour autant en détenir les droits. ». Pourtant, quel adulte au départ souhaite adopter un enfant sans être parent dans le sens entier du terme? Être parent signifie : prendre soin, prendre des décisions, guider, protéger, mater, autant de fonctions qui exigent un investissement affectif et un certain retour de la part de

l'enfant. Un processus bidirectionnel normal et sain. Toutefois, est-il éthiquement souhaitable et responsable, pour une organisation d'attribuer de tels rôles et exiger en retour un investissement plus détaché de la part des parents? Ce sont des rôles joués par le système entier qui méritent que nous approfondissions la réflexion et que nous questionnions le système et ses décisions.

4.5.3 Les finalités de l'intervention

À travers ces rôles, quand le processus même de l'intervention fait obstacle au point de laisser émerger des émotions négatives telles que l'agressivité, celle-ci est perçue par le participant n° 1 comme une « *carapace* », « *une manière de ne pas toucher au découragement, au volet dépressif de l'abandon* ». Elle camoufle ainsi une grande détresse qui peut inciter l'individu à « *mettre fin au processus par l'agressivité.* » « *C'est particulièrement dans l'adolescence que cette agressivité s'exprime, c'est à cette période d'âge là où le nombre des candidats qui sont prêts à entrer dans un processus thérapeutique est très restreint.* » Cette notion de finalité du processus renvoie aux différentes possibilités pour le client de terminer la relation thérapeutique telle qu'identifiée en intervention familiale. Certaines finalités sont planifiées dans un accord réciproque, d'autres sont provoquées par un des partis, tandis que d'autres encore font avorter volontairement le processus sans donner suite. Ils ne peuvent pas tolérer la rupture de lien, même si ce détachement est une porte ouverte sur la guérison de l'âme.

4.5.4 Le réseau social et l'intervention

Parmi les interventions souhaitées, les participants n° 4 et 5 parlent de l'importance de la création et du maintien d'un réseau social autour de la famille; cela afin de

permettre à cet enfant la construction de liens d'attachement différents d'une dyade relationnelle à l'autre. « *Quand on a à corriger un passé relationnel perturbé, il faut créer un nouveau réseau de personnes significatives, le réseau social, un réseau de personnes qui peuvent devenir des candidats, des personnes significatives, dans la mesure où il y aura des succès dans ce sens-là, c'est cela qui est notre signe de pronostic du succès.* » L'isolement d'un parent surtout dans les situations familiales de monoparentalité est identifié comme une difficulté. C'est pourquoi un groupe de soutien peut devenir un moyen mis en place pour augmenter le réseau social de la famille en partageant sur des thèmes communs et des exercices réflexifs.

4.5.5 La notion de tiers absent en intervention

Le travail avec les tiers absents est perçu comme un « *incontournable* » par la majorité des participants. Certains se réfèrent au concept d'historicité emprunté à Touraine, sociologue français, tandis que d'autres parlent de « *travail sur le deuil* » tel qu'énoncé par Bowlby (Cité par Berger, 2004) et Goldbeter (2005). La participante n° 5 l'identifie comme un aspect « *fondamental* » afin de contourner le risque du « *lien imaginaire* », « *l'idéalisation du parent absent* ». Dans ses interventions, elle a développé un concept de « *trilogie* » dans lequel : « *l'enfant est situé au-dessus d'un triangle* » avec lequel « *il va se construire une vie basée sur deux liens* », celui avec ses parents de naissance qu'il vit dans son monde fantasmatique et celui avec ses parents adoptants, initiateurs de ses repères quotidiens. Elle parlera alors de « *partenariat parental symbolique* » et de « *maintien en équilibre* ». Les mots utilisés seront choisis avec soin. Il ne faudrait pas créer de sentiment de honte chez l'enfant lors de l'intégration à sa nouvelle famille, mais plutôt un « *sentiment de fierté* », d'appartenance, faisant référence à l'approche narrative. La participante n° 5 parlera plutôt de « *geste de protection* » et non de

« *geste d'abandon* ». Ainsi, il y aura co-construction d'une histoire narrative positive. Se référant à Dolto, elle dit que : « *si on parle des parents de naissance comme des gens qui ne sont pas bien, on parle d'une partie de l'enfant comme étant mauvaise* ».

À travers son canevas d'intervention, la participante n° 4 aborde « l'histoire de l'enfant comme un continuum ». Elle parlera de la création possible « *de nœuds* », de « *fracture* », « *comme une jambe qui a été cassée puis réparée, recassée et réparée* ». Elle « *est fragilisée* » dans l'intégration de l'enfant à la nouvelle famille. Lorsque les enfants sont bébés, c'est à travers le parent qu'elle traite de l'histoire, « *que je vais les sensibiliser à l'importance de ce fil, de ce continuum* ». Quand ils sont plus vieux, c'est à travers le parent substitut qu'elle va construire l'historicité. Elle fait également mention de sa responsabilité d'amener certains sujets parfois mis à l'écart par le parent afin d'amorcer un processus réflexif, démarche aussi identifiée par d'autres participants. Ainsi se remplit la page de l'histoire dans « *l'imaginaire de l'enfant* » même si cette histoire est inexistante comme c'est souvent le cas en adoption internationale. « *Ça fait du bien d'imaginer quelque chose* ».

Cette co-construction d'une histoire imaginaire d'un enfant est un processus assez unanime chez les participants dans les interventions à privilégier. Pour le participant n° 3, un parent qui n'arrive pas à construire une histoire un peu imaginaire pour son enfant, est un parent qui a tendance à rejeter l'affectivité et la représentation qu'il s'est construite de cet enfant fantasmé. Cette élaboration implique de permettre l'accès à l'enfant à une palette d'émotions incluant les émotions plus négatives telles que la colère. Les enfants deviennent porteurs de tous ces extrêmes. Selon la participante n° 4, le défi repose dans « *l'apprentissage de la gestion des émotions socialement acceptable* ». En grandissant, l'enfant va observer d'autres modèles relationnels, contribuant ainsi au développement d'un meilleur attachement avec une autre personne.

4.5.6 L'évaluation des postulants à l'adoption ou des familles d'accueil

4.5.6.1 Les états d'esprit d'attachement de l'adulte

Une autre piste d'intervention prometteuse soulevée à l'unanimité par les participants prend racine dans une meilleure évaluation des états d'esprit d'attachement (Pallanca, 2008) du parent. Le concept « état d'esprit » est la classification scientifique telle qu'énoncée dans notre recension des écrits pour désigner le style d'attachement de l'adulte. Cela implique aussi de réajuster les paramètres d'évaluation pour mieux identifier les obstacles dans la construction du lien et ainsi mieux accompagner les familles. Pour le participant n° 1, parce qu'il se réfère, entre autres, à la notion de deuil, l'état d'esprit d'attachement du parent doit contenir une « *remise en question personnelle* ». Cette notion de remise en question parentale a été largement évoquée par Steinhauer (1996), Moss (2009), Dozier (2005) et plusieurs autres auteurs dans leurs travaux sur les familles adoptantes. Ce participant soulève l'équation suivante : les « *parents avec un type d'attachement insécure sont porteurs d'une plus grande rigidité et moins d'adaptabilité.* »

Tout en nuanciant leurs propos, les participants estiment que l'évaluation des postulants qui tient compte de leurs états d'esprit d'attachement devrait être au centre de toute demande d'adoption. Le participant n° 1 évoque que : « *en évaluant les postulants, comme c'est un couple, les deux sont à évaluer, c'est aussi de situer dans quelle mesure celui dont le style d'attachement est le plus souple, qui va pouvoir influencer le conjoint dont le style est moins souple. Dans un sens, l'adopté a un allié chez le parent plus souple.* » Les « *impacts au niveau de la relation de couple* » vont fortement influencer l'attachement de l'enfant.

4.5.6.2 *Le refus des postulants à l'adoption ou des familles d'accueil comme processus de finalité : repères d'évaluation psychosociale*

Le processus d'évaluation psychosociale implique chez l'intervenant évaluateur, la capacité de refuser une famille pour un enfant. Selon le participant n° 1, le refus n'est toutefois pas « *dans le répertoire émotif de certains intervenants* ». Plusieurs des personnes interrogées croient que cette difficulté à composer avec le refus prend racine dans une mauvaise connaissance de soi, une solidité personnelle déficiente, un manque de supervision et aussi dans un mandat mal défini. Qui est le client? Si l'intervenant regarde les postulants en tant que client, le refus devient porteur d'une détresse, celle dans bien des cas, de l'infertilité. Toutefois, si le mandat demeure l'intérêt supérieur de l'enfant, le refus est forcément plus applicable, car il tient compte de l'enfant et d'une famille idéale pour répondre à tous ses besoins.

L'évaluation est perçue par la participante n° 4, comme « *l'étape la plus importante de l'intervention* ». Cette étape est la base de la réussite du projet. Elle exige qu'un intervenant ait la capacité de refuser un couple, faisant ainsi référence au droit de l'enfant d'avoir une famille versus le droit du parent d'avoir un enfant. Cette « *obligation de refus exige d'un intervenant, du courage* ». Elle part de la conception que « *c'est un privilège d'adopter et qu'on ne peut pas prendre de risque dans l'intérêt de l'enfant* ». Un déplacement est dévastateur pour un enfant. Selon la vision de la majorité des participants (n°s 1, 3, 4, 5 et 6), les lacunes se trouvent au niveau de l'évaluation des familles d'accueil et des familles adoptantes. Selon le participant n° 6¹⁰, « *quand tu as quatre ou cinq entrevues pour évaluer un couple qui se propose d'adopter un enfant ou en famille d'accueil, alors tu as beau connaître leur histoire, tu as beau connaître leur fonctionnement, tu as beau connaître leurs personnalités, tu*

¹⁰ Participant # 6 : Homme, travailleur social, nouvellement retraité, issu du milieu des Centres Jeunesse

peux avoir des trous, c'est arrivé que tu décèles que ce couple-là n'est pas capable d'assumer un enfant ».

Les participants n^{os} 3 et 4 évoquent le fait que, pour pallier les difficultés de collaboration avec les familles d'accueil, celles-ci doivent être considérées comme des professionnels salariés et bénéficiant d'un fond de pension. Ainsi, formation et supervision deviendraient exigibles tout en limitant le nombre d'enfants placés à deux. Cela permettrait ainsi un meilleur investissement relationnel.

La participante n^o 5 privilégie certains principes de base lorsqu'elle se réfère au processus d'évaluation. À son avis, en approfondissant la démarche par une meilleure collecte de données de la situation problème telle que : « *le vécu des parents face à leurs propres histoires d'attachement, les circonstances de la grossesse* », les éléments de santé psychologique de l'adulte (dépression, anxiété, etc..), les deuils, les pertes, il serait possible de mieux repérer, au préalable, les obstacles à la qualité du lien et les modèles opérants internes. Selon le participant n^o 6, « *ça peut être l'enfant qui réveille ce qu'on n'a pas vu* ».

Pour la participante n^o 2, l'état d'esprit d'attachement du parent va aussi jouer un rôle dans la reconstruction des interactions avec l'enfant : l'histoire personnelle du parent, la façon dont les interactions avec la famille d'origine ont été intériorisées pour constituer des « *modèles opérants internes* ». C'est « *comme une lunette à travers laquelle tu vois et bâtis les choses* ». Cette lunette permet de décoder les souffrances de l'enfant, ses détresses, ses besoins, les manques. Plus l'adulte est suffisamment construit pour donner une réponse adéquate, plus il va reconstruire un cycle de sécurité. Ce qui est nuisible, ce sont les éléments que l'adulte n'a pas pris en considération dans son devenir de parent. C'est pourquoi, elle considère d'une grande importance l'évaluation des histoires d'attachement du postulant, lors de la demande d'adoption, mais en les nuanciant pour ne pas exiger des attentes irréalistes pour ces

familles. Les *« fantômes dans la chambre de l'enfant font partie de la vie des familles et nous devons en tenir compte dans nos interventions »*. *« Quand il y a une rupture de la connexion ou du lien, la rebrancher c'est le travail de l'intervenant, parce qu'un enfant qui se sent relié est apaisé »*. Plus le trouble d'attachement est sévère, *« plus ils sont l'indicateur qu'ils sont effectivement débranchés d'un lien »*.

Le participant n° 3, note aussi l'importance d'avoir *« un regard fin au sujet de l'organisation de l'attachement chez les adultes »* qui sont postulants à l'adoption. Car l'état d'esprit d'attachement devient un facteur de réussite de la relation parent-enfant. Toutefois, ce n'est pas un *« vaccin »*. Un état d'esprit d'attachement sécurisé est une qualité de base importante, *« Une intelligence émotionnelle plus grande que la moyenne »* des parents est aussi un facteur de protection. Il est important de bien dépister les aspects d'attachement désorganisé et insécurisé chez les postulants en adoption, mais aussi chez les familles d'accueil.

À travers ses expériences, la participante n° 4 parlera alors de l'importance de la sensibilité parentale afin, par exemple, *« d'aller au-devant d'un enfant présentant un attachement évitant et développer la finesse de comprendre que derrière l'absence de demandes, il y a un enfant qui a appris que cela ne sert à rien de demander »*. Selon sa conception, un état d'esprit d'attachement est insuffisant pour bien accompagner un enfant en difficulté. Ce genre d'accompagnement exige de la maturité, une capacité de réflexion, de remise en question. Il est nécessaire de lire, de prendre des conseils, d'accepter l'enfant tel qu'il est et d'être un adulte qui présente une bonne estime de lui-même.

4.5.7 L'observation

Lorsque le processus d'évaluation prend sa vitesse de croisière, d'autres participants soulèvent des pistes intéressantes d'intervention possibles. La participante n° 2 débute ses interventions par l'observation des interactions en portant une attention particulière à ce que : « *tous les deux se comprennent* », qu'il y ait : « *une espèce de chimie, de courant électrique qui passe entre les deux* ». La participante n° 2, fait référence aux principes d'accordage de plusieurs auteurs, dont Hugues (2004), et aux travaux d'Ainsworth (1978) sur la sensibilité parentale et la réciprocité. À travers ses observations, elle se réfère également à la pyramide de Maslow tenant compte des besoins de base auxquels il faut répondre avant de combler les besoins du niveau supérieur.

4.5.8. Les dimensions développementales

Comme deuxième élément de travail, la participante n° 2 va tenir compte du développement de l'enfant, s'attachant à situer l'enfant dans les différentes sphères développementales telles que le plan affectif, cognitif, moteur, langagier, social, au plan de la sexualité également. Elle utilisera des grilles d'évaluation développementales qui vont permettre de situer l'enfant dans son échelle de développement. Cette évaluation développementale présentée au parent lui permettra d'obtenir une meilleure lecture et d'envisager des attentes réalistes face à son enfant, faisant ainsi référence au concept de sensibilité parentale. Cet avis est aussi partagé par les propos du participant n° 3 possédant un bagage pédopsychiatrique. Ses propos soulèvent l'importance « *des aspects de l'ancrage dans une relation, des aspects sensoriels, des fonctions exécutives, des enjeux de nature systémique culturelle, car sous prétexte du problème du lien, on développe une vision réductrice* ». Selon une perspective riche en informations, il estime que les enfants « *ont des caractéristiques*

qui deviennent progressives dans leur développement et qui peuvent développer des difficultés du lien ». Donc, le fait de tenir compte des dimensions développementales permet par la suite de s'intéresser aux qualités de ces interactions.

4.5.9. Les dimensions familiales et systémiques

Pour répondre aux objectifs d'intervention, la participante n° 2 travaillera toujours en intervention familiale, en dyade, en triade en intégrant la figure paternelle. Elle utilise le trilogue qui consiste en une « *méthode d'évaluation ou on observe les dyades et les triades relationnelles avec la mère et avec le père. La façon d'entrer en relation va être différente d'un donneur de soin à l'autre* ». Elle attachera aussi une grande importance au couple parental autant qu'au couple amoureux dans son style d'attachement.

Pour la participante n° 5, les interventions privilégiées consistent à aborder plusieurs thèmes relatifs à l'intervention familiale soit le processus d'individualisation chez les adolescents, le processus de différenciation, l'historique de l'enfant, les expériences de séparation de l'enfant, l'état de santé de l'enfant, les facteurs intra-utérins, les milieux de vie, les déplacements d'une ressource d'accueil à l'autre et leur contexte, le nombre de donneurs de soin. Ces notions travaillées vont permettre un ré-attachement sélectif, l'enfant choisira alors le parent. Elle parlera aussi des notions de séduction c'est-à-dire les différences entre un enfant séducteur versus les responsabilités du parent d'être plus séducteur. Lorsqu'elle parle de l'enfant séducteur, c'est en abordant le fait que : dans cette séduction il apparaît le manque d'être lui-même séduit. En partant des principes dans lesquels elle favorise l'intégration de l'enfant en le traitant comme s'il était un « *invité* », soit lui montrer le meilleur de soi, « *mettre la plus belle nappe sur la table, la plus belle tenue, son meilleur parfum* », dans l'objectif de lui montrer sa désirabilité, la confiance va

s'installer progressivement et permettre « *l'installation de l'autorité parentale* ». Elle aborde aussi les frontières familiales en insistant sur le fait de garder « *les informations concernant l'histoire de vie de l'enfant qu'à l'intérieur du système familial* » évitant qu'il y ait intrusion de son intimité dans un réseau social élargi.

4.5.10 Les interventions préventives

Tous les participants font état de facteurs de protection pour éviter un abandon ou de réussites tels que le suivi de grossesse, un meilleur dépistage du réseau social et des conditions de précarité, une référence adéquate en CLSC et la présence d'une équipe multidisciplinaire. Il a été évoqué l'installation d'un cadre de vie sécurisant, la stabilité, la permanence des figures d'attachement, mais aussi des attentes réalistes. L'importance d'un bon jumelage de l'enfant à une famille a été mentionnée, et ce, afin d'identifier des zones communes d'intérêts.

Des espaces de formation sont aussi identifiés par le participant n° 3 comme une façon de mieux dépister l'attachement désorganisé, incluant les enjeux de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété qui, vont fragiliser le parent dans les situations de stress. « *Il ne faut pas éliminer tous les parents qui ont des tendances anxieuses ou des épisodes dépressifs, mais en tenir compte dans nos interventions* ». Ces espaces peuvent aussi offrir la possibilité de : « *mieux fouiller la question des deuils, les traumatismes et les états d'esprit d'attachement chez le parent en permettant une meilleure analyse du type de réflexion* » associée. Un outil a même été proposé : le « *working other of the child interview* ». (Zeanah et Benoit, 1995) Cet outil regarde la situation de la relation parent-enfant, le discours de cette relation et la structure chez le parent. « *Les enfants négligés, abusés ou fragiles au plan développemental vont mettre en route les mécanismes qui vont susciter des réactions de toutes sortes de la part de l'adulte même sécurisé. Alors, il faut faire notre gros*

possible pour essayer de donner aux enfants des parents bien organisés au niveau de leur attachement ». Cet attachement doit aussi inclure l'attachement dans le couple. Comment ce couple arrive à prendre appui l'un sur l'autre? Comment chacun se relie à son propre héritage familial? Comment utilisent-ils cet héritage dans les situations de stress? Nous pouvons évaluer ces interrogations en posant les questions de l'AAI (adult attachment interview) d'Ainsworth. (Cité par Pallanca, 2008)

Dans un autre ordre d'idées, pour la participante n° 5, son travail est « *de sensibiliser les parents* », le participant n° 3, pour sa part, considère important de « *conscientiser les parents aux situations de fragilité et aux situations de succès* ». La participante n° 2 s'appuie sur « *l'enseignement de notions d'attachement* » pour permettre par exemple « *d'aller dans la bulle de l'enfant, doucement, en respectant son rythme pour lui proposer quelque chose auquel il n'a jamais été exposé, de l'aider puis de regarder comment il s'ouvre à ça, en vue de lui offrir un autre modèle de fonctionnement* ». Il faut plutôt créer de nouvelles interactions avec constance, cohérence et cohésion pour permettre de « *réimprimer dans le cerveau* » de nouveaux modes de fonctionnement. Elle croit aussi que cette « *plasticité* » est toujours possible, que l'enfant « *aura toujours le potentiel de reconstruire un nouveau mode de fonctionnement* », car « *cette plasticité s'arrête quand tu meurs* ».

4.5.11 Le défi des interventions curatives

Cela fait référence aux pronostics variés selon la conception même de l'attachement. Les études indiquent que statistiquement les enfants adoptés sont plus à risque que la moyenne de développer des conditions psychiatriques. (Hjern et coll, 2002) Selon le participant n° 3, ce sont des « *défis supplémentaires* ». « *Tous les passages de vie sont un peu fragilisants* » tels que l'entrée scolaire, le début de l'adolescence. Ces passages vont fragiliser le système familial et créer des situations « *revisitées* ». Il est

difficile d'être un parent parfaitement sécurisé dans une situation où l'avenir est incertain. Cela exige une grande force intérieure, une bonne unité conjugale, mais en même temps être trop vigilant peut aussi devenir un facteur de stress supplémentaire. Alors, *« sélectionner des parents pragmatiques, qui ont tendance à rétrécir le champ de l'affectivité pour passer à l'action peut devenir un gage de survie en même temps qu'une entrave au développement de l'enfant »*.

Pour les participants n^{os} 1, 3, 6, les programmes psycho-éducatifs sont aidants tandis que, pour la participante n^o 5, ils seraient nettement insuffisants. Cette participante vise principalement le processus de réflexion face au vécu personnel du parent et son influence dans le lien avec l'enfant. Elle favorise ce qu'elle nomme *« gratter »* dans l'histoire personnelle du parent, ceci effectué avec respect. Lorsque l'adoption *« bloque »* en ce qui concerne l'interaction, elle constate que dans majorité des cas, les obstacles se retrouvent principalement dans l'histoire du parent. Souvent, elle constate aussi *« certaines résistances »* associées au désir de garder cette porte fermée. De plus, elle remarque que la tendance actuelle est l'adoption de fratrie. Toutefois, plusieurs situations personnelles et familiales ne répondent pas aux critères d'adaptabilité exigés pour l'adoption de fratrie. On parle aussi d'élargir les programmes de formation autant pour les postulants que, pour les familles d'accueil, car actuellement, il y a une passoire à ce niveau.

4.5.12 Les interventions « idéales »

Étant donné que le rêve est permis, nous avons proposé aux participants d'élaborer des interventions souhaitées sans égard aux ressources financières. C'est ainsi que la participante n^o 4 développerait un programme pour améliorer l'empathie chez les enfants, en utilisant la zoothérapie pour leur apprendre à interagir sans punir. Ceci afin de changer leur conception de la punition nécessaire à l'avancement. Plusieurs

préconisent (participants n^{os} 4 et 5) que notre système actuel oblige tous les parents adoptants à une préparation pré-adoption, et ce dans un esprit de continuité de services à très longue échéance, jusqu'aux dix-huit ans de l'enfant. Pour développer une meilleure préparation de couple, des cours relationnels de couple, des cours pour devenir parent et un travail individuel, sont nécessaires. La participante n^o 5 développerait aussi des groupes parent-enfant en travaillant selon une approche sensorielle autour d'activités spécifiques filmées visant à « *solidifier et corriger le lien* » ainsi que stimuler les sens (ouïe, toucher, contact visuel, mouvement, etc.). Elle envisagerait aussi l'option de faire une thérapie intergénérationnelle avec les grands-parents afin « *d'influencer la famille élargie* ». Tous ces services seraient offerts par une équipe multidisciplinaire complète connaissant bien l'adoption internationale. Autant d'idées qui pourraient contribuer à améliorer le sort de ces enfants.

Malgré tout, selon l'avis du participant n^o 1 : « *la mode de l'intérêt pour l'attachement surtout comme l'instrument de traitement à mon avis doit se calmer et y a des exagérations dans les attentes comme il y a pour toute mode. Une fois que le rythme de croisière va se trouver, des attentes plus réalistes pourront être circonscrites.* »

CHAPITRE V

PERSPECTIVES ET REPÈRES À CONSIDÉRER POUR L'INTERVENTION

Par notre recension des écrits, nous avons été en mesure de questionner nos postulats de base à savoir si l'intervention familiale pouvait améliorer la qualité de l'attachement. Si la présence d'un même intervenant était indispensable au succès de nos interventions. Si la solidité du couple et l'état d'esprit d'attachement de l'adulte pouvaient influencer l'attachement de l'enfant et finalement, si le traitement des traumatismes et l'expression de l'enfant devenaient des conditions propices à un meilleur attachement. Grâce aux représentations de nos participants, notre recherche nous a permis de mettre en lumière certains repères d'intervention à privilégier pour un meilleur fonctionnement familial. Nous traiterons dans ce chapitre de l'importance de l'évaluation psychosociale en tant que facteur préventif à la réussite d'un projet d'adoption, celle-ci tenant compte des caractéristiques de l'enfant, du ou des parents ainsi que des transformations familiales de notre monde contemporain. Nous soulignerons les interventions les plus profitables et ses modalités tout en tenant compte des déterminants sociaux qui vont forcément moduler l'équilibre familial. Nous terminerons par quelques repères d'intervention à privilégier.

5.1 L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

En partant des spécificités de la profession du travailleur social tel que stipulé par le Code des professions de l'OPTSQ (L.R.Q., c-26)

À savoir que le travailleur social est formé pour:

- évaluer une personne qui veut adopter un enfant. (projet de loi, 2009)
- Fournir des services sociaux aux personnes, aux familles et aux collectivités dans le but de favoriser, notamment par l'évaluation psychosociale et par l'intervention sociale, selon une approche centrée sur l'interaction avec l'environnement, leur développement social ainsi que l'amélioration ou la restauration de leur fonctionnement social. (OPTSQ, 2004 - p.7)

Nous pouvons déterminer que l'évaluation psychosociale est un processus qui consiste à apposer des valeurs. Elle est : « *indissociable de l'intervention proprement dite, car le processus d'évaluation psychosociale n'est jamais linéaire, mais plutôt un mouvement de va-et-vient entre le client et le travailleur social au fur et à mesure que se construit le lien de confiance et s'articulent les objectifs de changement.* » (OPTSQ,2004-p.10)

Malgré le fait que ce soit : « *une opinion professionnelle (...) issue de l'héritage du service social.* » (OPTSQ, 2004 – p.10). C'est aussi une : « *une activité planifiée, structurée et continue selon laquelle le travailleur social observe, recueille, analyse et reformule les données significatives, objectives et subjectives (...) selon des cadres de référence propres à la profession.* » (OPTSQ, 2004 – p.11)

À travers les propos recueillis lors de notre recherche, nous constatons que le processus d'évaluation mériterait d'être bonifié par un cadre de référence plus détaillé. Les outils d'intervention pourraient inclure des repères communs à tous, standardisés, omettant ainsi des évaluations suggestives de candidats potentiels à l'adoption. Cette standardisation pourrait ainsi reposer sur des fondements cliniques, des outils d'évaluation, de l'état d'esprit d'attachement du parent et un meilleur travail de dépistage des situations potentiellement à risque. Dans l'état actuel des connaissances, nous possédons peu de formation pertinente sur les états d'esprit et les

styles d'attachement chez l'adulte ainsi que sur les types d'attachement conjugaux. Il est assez invraisemblable de devoir exécuter une évaluation dans un cadre d'adoption sans tenir compte de ces aspects fondamentaux. Selon Karsz (2004, p.33), « *on ne tire pas les mêmes leçons selon la lecture qu'on est à même ou pas de faire. Si parvenir à des critères n'est pas chose aisée, l'est encore moins d'identifier les critères objectivement mis en branle* ».

C'est pourquoi, sans ces critères plus objectifs, on ne peut construire de grilles d'évaluation valables et à l'abri d'erreurs potentielles. « *Comprendre et utiliser de nouvelles techniques et des savoirs inédits confrontent chaque professionnel à un processus de redéfinition conceptuelle et expérimentale, à l'exigence d'une nouvelle rigueur. Des révisions parfois déchirantes quant aux manières de faire, de penser et de ressentir deviennent indispensables* ». (Karsz, 2004 – p.46)

Un autre enjeu important apparaît lorsqu'il est question de refuser un couple pour un projet d'adoption. « *Quant à la pratique professionnelle, c'est l'espace où l'intervenant est radicalement seul, même s'il s'agit d'une solitude accompagnée (travail d'équipe)* ». (Karsz, 2004 - P.132) Cela peut expliquer en partie les difficultés liées à l'obligation de refuser des postulants pour un projet d'adoption. En adoption internationale, le travailleur social n'a pas véritablement d'équipe en termes de présence, de consultation, de soutien, de référence. Il est la plupart du temps confronté à son seul jugement face à une situation parfois ambiguë et imprécise. De plus, les dimensions politiques actuelles suscitent un processus de contestation dans lequel le droit à un enfant devient plus important que le droit d'une famille pour un enfant. Dans un contexte où une majorité d'intervenants constate des failles dans notre processus d'évaluation, ne serait-il pas pertinent et même urgent de réviser nos pratiques pour que celles-ci soient mieux encadrées, faisant fi des considérations politiques? Ne serait-il pas souhaitable d'installer avec un certain

courage politique des formations obligatoires pour les postulants à l'adoption avant même de débiter le processus d'évaluation? Cela permettrait l'exercice d'une vision commune des difficultés potentielles d'un enfant et autoriserait une élimination naturelle de candidats non appropriés. Cela répondrait aux spécificités du travailleur social, dans ses compétences d'intervention de groupe. Nous pourrions ainsi bâtir le processus d'évaluation, selon un échange égalitaire de notions propres aux enfants adoptés, entre les postulants et le professionnel.

5.2 LES TRANSFORMATIONS FAMILIALES

Pour revenir au sujet du droit de l'enfant, un article paru en 2007 soulève vraiment des questions sur la notion de parentalité dans un contexte de transformations familiales. Le Québec est un laboratoire de ces transformations parmi les plus aiguës du monde moderne. À titre d'illustration, nous n'avons qu'à penser aux parents donneurs de spermes dont l'acte en lui-même soulève des questions concernant l'attachement et le processus identitaire. Dans un contexte où le mariage entre conjoints de même sexe est légalisé, où l'adoption par un couple homosexuel est acceptée, où l'adoption par une mère monoparentale fait partie du quotidien, il y a tout de même lieu de se questionner sur les impacts pour l'enfant. Selon Marquardt (2007 – p.1), « *l'évolution des mœurs redéfinissent profondément, partout en Occident, la parentalité et la filiation (...) L'amour ne suffit pas, les enfants souffriront de cette explosion du droit des parents.* » Le débat au sujet du droit de l'enfant, versus celui du parent est sans cesse remis au premier plan avec pour objectif, la représentation de l'intérêt des enfants. N'y a-t-il pas lieu de donner la parole à ces enfants, dont plusieurs sont à l'aube de l'âge adulte, pour connaître les véritables impacts? Nous avons des données sur l'adoption, mais très peu sur les enfants de couples homosexuels adoptés et très peu sur la naissance par donneur de

sperme. Comment ces enfants questionnent-ils le processus identitaire ? Quand ces enfants adoptés ou nés de situations inhabituelles, seront plus âgés, surtout à l'adolescence, est-ce le besoin du parent ou celui de l'enfant qui peut soulever des questions sur le processus identitaire?

Ces transformations familiales nous interpellent donc face à son processus d'attachement dans le futur, dans la mesure où cela pourra prendre diverses formes auxquelles nous ne sommes, possiblement, pas prêts à réagir. Face aux familles adoptantes monoparentales, comment l'enfant perçoit l'absence de père? Les débats actuels soulèvent des questions éthiques face à la création de « *deux classes d'enfants, certains avec deux parents, d'autres non.* » (Marquardt, 2007 – p. 2) Assiste-t-on à la marginalisation de ces enfants ? La marginalisation telle que décrite par Rioux (2009, p. 636) est « *un défi social suscitant un renouvellement et une adaptation des structures aux mutations des mentalités et des comportements. Elle est donc davantage perçue comme un facteur sociologique positif allant dans le sens du changement social.* » En elle-même, la marginalisation et la discrimination des enfants en « marge » du système familial, tel que défini par la norme sociale actuelle, vont-elles conduire l'enfant vers une meilleure acceptation de ses origines? Est-ce que l'utilisation des mots « pour le dire » va aider les enfants à construire leur processus identitaire ?

Il y a certes lieu de questionner nos pratiques, nos choix de société et nos lois. Nous ne pouvons pas prendre pour acquis que le processus d'attachement s'applique de manière standard et mécanique. Il est intimement lié à l'interaction, d'une part du type de famille, du statut social et économique et d'autre part, de l'impact sur ces conditions. Du point de vue sociologique, la question des transformations familiales, leurs impacts et leurs effets sur l'attachement devraient nous interpeller dans le futur.

5.3 LA FONCTION DE L'OBSERVATION

Dans les situations d'intervention des problèmes d'attachement, l'observation des interactions se révèle à travers le discours des participants comme un incontournable. Cette observation offre la possibilité de préciser la nature des situations problèmes, permettant de départager les dimensions développementales des psychopathologies. L'observation n'est pas la spécificité du travail social, mais mériterait d'être développée dans notre profession par une grille d'observation minutieuse prenant en compte les difficultés d'interactions. Ce processus d'observation susciterait une meilleure définition des problèmes et des interventions sous-jacentes permettant ainsi une démarche réflexive avec le parent et donc, un véritable échange complémentaire.

Dans nos écoles de travail social, il est déjà enseigné une conceptualisation du travail psychosocial, en fonction des quatre savoirs nécessaires à la profession, soit : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être et le savoir dire. Nous avons à travers les années de pratique, perdu jusqu'à un certain point, l'essentiel de leur utilisation. Selon les observations recueillies des interactions au sein d'une famille, le fait de se relier aux quatre savoirs devient une structure intéressante pour l'élaboration d'une grille d'observation et peut permettre une meilleure analyse par l'identification des zones de fragilité.

5.4 LES MODALITÉS D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉES

L'intervention à long terme est identifiée comme étant plus profitable au même titre que l'intervention à court terme dans un continuum long terme. Tel que cité par

Ausloos lorsqu'il parle de longues thérapies brèves. Cela exigerait de modifier l'offre de service actuel pour permettre d'offrir un continuum de services plus adapté aux conditions des familles. Effectivement, l'offre de services long terme devient un enjeu politique et financier. La clientèle des parents adoptants est déjà identifiée comme étant favorisée sur les plans économique et culturel (Lemieux, 2002). Dans un contexte de coupure de services, les clientèles « prioritaires » identifiées se retrouvent particulièrement ciblées sous des conditions de précarité socio-économique. Les parents adoptants n'ont d'autres choix que de se diriger vers des ressources privées. Ce type de ressources, offre moins de possibilités de travail en équipe multidisciplinaire, relié entre autre à l'investissement financier majeur que représentent les situations complexes et le fait de payer un service à l'acte. Sans ce travail multidisciplinaire, il y a un risque d'alourdir les problèmes psychosociaux. Dans cette boucle incessante, les cibles curatives anéantissent souvent les besoins préventifs. Alors, quelles sont les solutions pour venir à bout de tous ces enjeux politiques et économiques ?

Parmi plusieurs études, telles que celles de Moss et coll. (2009), Pallanca (2008) et Dubois-Comtois (2006); parmi les commentaires de certains participants ainsi que parmi les critères d'évaluation en adoption internationale (OPTSQ, 2010), le réseau social est identifié comme un facteur de protection de nos familles. L'alourdissement des comportements des enfants, en difficulté d'attachement, contribue dans plusieurs situations à la fuite de ce réseau familial et social. À certains moments, nous pouvons penser que le soutien existe, mais pour la personne qui bénéficie de ce soutien, celui-ci peut se révéler absent, précaire ou ne répondant pas aux besoins. Comme nos services actuels, dans les institutions publiques, répondent peu aux problèmes d'attachement; étant donné le caractère long terme de ces suivis, nous constatons à travers nos expériences professionnelles que les interventions ont plutôt pris la forme de la consultation individuelle. Redécouvrir l'intervention familiale et favoriser

l'implication communautaire, mieux superviser, outiller et soutenir les nouveaux intervenants devant les défis de l'intervention familiale, répondraient à la fonction même de la profession de travailleur social. Le travail social n'est ce pas travailler les liens dans le sens des rapports sociaux? Positionner l'intervention familiale implique l'importance d'inclure la force ou la faiblesse des liens sociaux ainsi que le réseau communautaire et social qui s'y rattache.

À travers les données recueillies pendant les entrevues avec les participants, l'intervenant lui-même devient un objet d'interaction facilitant ou fragilisant l'attachement par ses enjeux personnels. Dans le contexte de plusieurs départs à la retraite, a-t-on mis en place les structures nécessaires pour favoriser le transfert des compétences? Est-il offert une supervision adéquate lorsqu'il est question de troubles de l'attachement? Est-ce que nous offrons aussi des interventions multidisciplinaires par une équipe spécialisée en mesure de bien comprendre et dépister les dynamiques? Les outils d'intervention sont existants et utilisés par plusieurs professionnels de longue expérience, mais fort probablement peu diffusés aux professionnels juniors. Serait-il pertinent de voir apparaître auprès d'un organisme central, un poste de conseil, destiné aux travailleurs sociaux en matière d'attachement ?

Nous avons aussi constaté que les catégories tel qu'énoncées par Ainsworth (1978) et Crittenden (2008) permettent une classification des types d'attachement. Toutefois, l'effet pervers de cette catégorisation est de cristalliser le problème en oubliant le développement du pouvoir d'agir, la capacité de chacun à évoluer à travers les étapes de transition et fournir à certaines occasions, une médicalisation à outrance des problèmes sociaux et relationnels. On perd de vue des difficultés fondamentales reliées à la relation parent-enfant. Difficultés normales lors de situations particulières inhérentes aux cycles de vie d'une famille, rendant encore une fois l'enfant responsable et porteur d'un problème familial et relationnel. Ausloos (1994) et Suissa

(2000) s'y réfèrent d'ailleurs comme étant le patient désigné. Les déterminants issus de l'approche neurobiologique (Rygaard, 2005) semblent ignorer la capacité réelle des gens à décider de choisir sainement et de changer leurs habitudes. D'ailleurs, un débat épineux est actuellement sur la place publique entre les écoles de pensée qui véhiculent l'idée de l'intervention précoce à tout prix comme un déterminant pour le futur. Or, cette conception laisse peu de place au développement du pouvoir d'agir, à la résilience, aux compétences cachées des personnes ainsi qu'à la prise en charge que les gens peuvent assumer et récupérer si on leur donne des choix. Le concept d'équifinalité introduit cette conception à l'effet que plusieurs chemins peuvent mener à un même but et vice et versa. Par exemple, certains adolescents en trouble de l'attachement nous démontrent qu'ils peuvent devenir fonctionnels dans leurs relations au début de l'âge adulte. Médicaliser l'attachement et établir une norme sociale comme étant dominante augmentent la marginalité de ceux qui n'y adhèrent pas.

Ces mêmes programmes d'intervention précoce conçus principalement pour prévenir les difficultés graves chez les enfants suffisent-ils à épargner à ces mêmes enfants des ruptures relationnelles d'attachement? Malgré leur caractère intensif, leur désir d'accessibilité et de continuité, on assiste encore à l'abandon de plusieurs enfants censés être protégés par l'admissibilité d'une nouvelle loi porteuse d'espoir (LPJ, 2006): l'établissement d'un projet de vie avant la deuxième année de vie de l'enfant. Pourtant, plusieurs enfants vivent principalement dans une famille de transition ou régulière sans la certitude d'accéder à un devenir permanent dans une famille d'adoption. À l'heure actuelle, le manque criant de ressources autant dans le milieu juridique que psychosocial est tel qu'il nous apparaît peu probable d'assister à l'amélioration des services. Les programmes précoces conviennent-ils à notre réalité contemporaine ?

Il serait certainement utile de mettre en place des services adaptés, pendant les périodes de transition d'une vie familiale qui peut fragiliser la relation parent-enfant. Ces transitions, correspondant aux cycles de vie d'une famille, se produisent à plusieurs occasions. Lors de l'intégration de l'enfant dans sa famille, le retour au travail du parent, l'entrée à l'école, la transition primaire-secondaire, le passage à l'adolescence, l'entrée dans la vie adulte, etc.. Ces transitions sont aussi influencées par des événements imprévisibles et de crise comme le chômage, la maladie, la perte d'un être cher, etc. Ces étapes correspondantes s'inscrivent souvent dans un processus de deuil autant chez l'enfant que chez le parent. Un accompagnement opportun par des services d'intervention, d'éducation, d'enseignement, des groupes de support, etc., pourraient devenir prometteurs d'un meilleur fonctionnement familial et social. Actuellement, l'arrivée d'un enfant de l'adoption internationale s'effectue sans ou avec très peu de services adéquats d'accompagnement à la famille. Pourtant, Moss (2009) et Sellenet (2006) stipulent, haut et fort que cela fragilise nos familles en les plaçant devant des stressseurs.

Malgré tout, les processus d'intervention et d'évaluation demeurent des processus subjectifs. Ils ne sont pas facilement mesurables, car subordonnés aux valeurs de l'intervenant qui regarde la famille. C'est une rencontre de deux systèmes psychosociaux qui provoque parfois des décalages et parfois certains jugements de valeur devant l'impuissance créée par des situations complexes. Par l'assignation de rôles à l'intervenant autant qu'à la famille par l'intervenant ou l'institution, on suggère ce qu'on croit être bon. L'enjeu consiste en la création d'alliances, niant la neutralité active. « *La neutralité, basée sur une éthique ou une déontologie professionnelle, reste impossible* » (Karsz, 2004 – p.4) « *Intervenir veut dire une seule et unique chose : prendre parti. Y compris quand il s'agit de cette position particulière qu'on désigne par neutralité. (...) Prendre parti vis-à-vis de certaines manières de faire, de vivre, de jouir, de souffrir* ». (Karsz, 2004 - P.55)

5.5 LE TRAVAIL SOCIAL ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Bien qu'il y ait des similitudes et des façons de faire qui peuvent être communes à plusieurs; le propre du travail social est aussi d'inclure le monde social dans lequel ces gens sont ancrés. (Suissa, 2000) Monde social, qui a donné naissance à ces symptômes, à ces patients désignés comme ayant des troubles de l'attachement. Ce qui est intéressant en travail social, c'est d'interroger les multiples facettes et déterminants sociaux dans la construction de ces mêmes conditions. Une personne peut développer des troubles de l'attachement pour une raison fort différente de l'autre. L'importance de re-personnaliser selon les déterminants sociaux de chacun apparaît un point important dans le fait de nommer l'histoire qui a un sens pour la personne, sans la généraliser. Peut-on donner la parole à ces personnes pour également nommer les changements structurels et les déterminants sociaux dans leurs trajectoires respectives? Les questions sur les déterminants sociaux qui structurent les conditions dans lesquelles ces processus et parfois les troubles de l'attachement s'effectuent, ne sont pas indépendants du processus d'intervention en lui-même. On peut également donner la parole aux familles. Leur demander si par exemple, la solitude, la performance à tout prix, la difficulté de concilier le travail et la famille, les conditions socio-économiques, sont les déterminants qui donnent le ton aux conditions dans lesquelles ces gens peuvent être fragilisés. Les gens rebondissent mieux s'ils ont un réseau social fort. L'amélioration de l'ascenseur social afin d'accéder à de meilleures conditions sociales et économiques, va permettre d'augmenter le pouvoir d'action pour mieux réagir et passer à travers.

Que devient le métier de travailleur social? Plusieurs discours contemporains parlent de cette profession « *comme un être dépossédé de l'autonomie personnelle et*

professionnelle, créant une certaine usure psychologique des intervenants (burn-out) étant donné que ce contexte génère une impuissance face aux divers problèmes, qui ne se résorbent pas pour autant ». (Brissette et Arcand, 1998) (cité par Parazelli, 2003 - 23) L'impuissance créée par un problème social, tel que le trouble de l'attachement, peut contribuer à la dépossession de ce rôle devant certaines incohérences organisationnelles. On constate que « *la soif d'outils techniques de la part des intervenants et des intervenantes est bien ressentie partout actuellement* ». (Parazelli, 2003 - 26) « *Une pratique sans praticien ne peut exister* ». (Karsz, 2004 - p.4)

5.6 REPÈRES POUR L'INTERVENTION

Bien que les entrevues des participants nous rapportent des données variées et très intéressantes, nous avons retenu quelques points importants à mettre en application, pour un meilleur travail avec les familles d'enfants, en situation potentielle de fragilité de leur attachement. Jusqu'à quel point ces informations peuvent être en lien avec la profession de travailleur social? Nous croyons qu'elles ont du sens en fonction de plusieurs connaissances reliées aux savoirs, à la question systémique du travail familial et à la conception même de la relation parent-enfant. Dans la pensée systémique, telle qu'appliquée dans les cours en travail social, il y a lieu de tenir compte des aller-retour dans les processus d'attachement parent-enfant. Dans les recherches de solutions, donner la parole aux personnes qui sont aux prises avec des difficultés d'attachement, permettrait d'instaurer les conditions du pouvoir d'agir. Ce mode de fonctionnement devrait nous interpeller tous dans le processus de recherche de solutions. Devant les prises de positions plus expertes, certaines familles vivent l'impuissance de leurs rôles. Il y a lieu d'être soucieux et attentif aux besoins de ces

parents, car ils sont et demeurent le principal soutien de la famille comme institution et comme espace privilégié dans le lien individu-société.

Pour rendre le processus d'évaluation plus objectif, il est important d'avoir un cadre minimal, avec un argumentaire théorique, scientifique et clinique, qui soit solide. Ce qui nous permettrait finalement de recadrer et d'effectuer les dites évaluations sur une base rigoureuse et déontologique. Toutefois, il faut tenir compte des dimensions politiques et organisationnelles ainsi que de l'intérêt supérieur de l'enfant.

« Les travailleurs sociaux sont clivés par des positionnements subjectifs et objectifs, par des points de vue divergents sur ce qui est éducatif et ce qui ne l'est pas, sur ce qu'est un enfant en danger où n'est pas un enfant en danger, etc ». (Karsz, 2004 - P.47)

De plus, l'aspect de la formation est un élément non négligeable dans un contexte de changement social. Toutefois, elle ne peut se limiter qu'aux seuls intervenants. Les juges, les avocats, les médecins, soit tous les professionnels oeuvrant avec ces familles devraient être formés sur des notions aussi fondamentales que l'attachement. Cela éviterait probablement des écarts importants de perception, d'orientation et de traitement dans la vie des enfants. Elle permettrait sans doute de mieux orienter les enfants dès leur jeune âge pour éviter des situations irrécupérables et de conscientiser autant que possible aux besoins de base que la sécurité affective.

Dans la mesure où les théories scientifiques devraient inclure une bonne pratique, les catégories sont sécurisantes. Elles permettent de regarder l'enfant ou l'adulte à un moment précis comme une photographie d'une étape de vie. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'à elles seules, elles peuvent présenter un effet pervers, catégoriser et fermer la porte du pouvoir d'agir et de l'espoir nécessaire pour « s'en sortir ».

C'est pourquoi, à travers la globalité de notre projet de recherche, nous retenons aussi quelques pistes intéressantes et fondamentales dans le processus d'intervention : historiser la nature des événements de la vie de l'enfant : recourir à une narration de cet événement en modifiant la finalité dans un environnement sécurisant pour le traitement des traumatismes. Il faut, mieux dépister les états d'esprit d'attachement de l'adulte et l'impact de la fonction de réparation; offrir un support professionnel soutenu à long terme au moment du placement et/ou de l'adoption. Il est capital de mieux évaluer les familles en fonction des facteurs de risques et des facteurs de réussite et d'évaluer le patron d'interaction de tous les membres de la famille. Nous devons bien mesurer les attentes du parent à l'égard de l'enfant et offrir un rôle d'agent de changement, à l'intérieur de la famille.

Toutes ces avenues permettront d'enrichir les interventions, mieux accompagner les familles et pourraient servir de balises pour le futur de notre profession.

CONCLUSION

L'écriture de ce mémoire même s'il a été un projet fastidieux nous a permis d'atteindre plusieurs objectifs. Tout d'abord, en précisant davantage l'objet de notre recherche, il a généré un profond travail d'érudition en nous permettant de prendre conscience de l'origine des connaissances actuelles sur le processus d'attachement. Cette recherche nous a ouvert les yeux sur des dimensions jusqu'à aujourd'hui ignorées. La richesse et les nuances du contenu des entrevues ont été une source d'inspiration essentielle à travers notre parcours en nous offrant un angle d'analyse différent. À elles seules, les années d'expertise de nos participants atteignent plus de 200 ans de pratiques cliniques et professionnelles. Autant d'expériences, de modèles, de visions qui nous ont guidés vers de nouveaux référentiels nous permettant de comprendre et réfléchir différemment aux problèmes d'attachement. Cela nous a fourni l'occasion de nous questionner sur notre vision actuelle, de confirmer certaines façons de faire, d'adhérer à de nouvelles écoles de pensées et de modifier certains présupposés établis au fil des années. La grande recension des écrits nous a offert l'opportunité de constater que nous ne détenions pas encore le modèle idéal et que celui-ci est sans cesse en évolution selon les êtres humains qui le bonifient au fil des années.

Nous avons aussi observé à travers la littérature que plusieurs appellations utilisées sont davantage orientées vers les mots *traitement*, *guérison*, *thérapeute* issu davantage du modèle médical et moins orienté vers les interventions psychosociales et familiales. Nous avons aussi été capables de constater la facilité avec laquelle les acteurs en attachement prônent l'utilisation du diagnostic, encore une fois issue du modèle médical et le peu de repères d'intervention. Toutefois, à travers l'étude des différentes variabilités des théories sous-jacentes à l'attachement, il nous est apparu

d'une grande évidence que des interventions familiales soutenues et précoces peuvent faire toute la différence. L'évaluation des états d'esprit d'attachement de l'adulte et du couple représentent, à notre avis, une direction indispensable et prometteuse pour le travail avec les familles. C'est à partir de ces petits pas qu'il devient possible de créer l'espoir suffisant pour continuer.

Nous souhaitons, par cette recherche, redonner l'espoir aux familles; influencer quelque peu la conscience sociale à l'effet que ces enfants méritent un investissement de la part de nos institutions et favoriser la création de services préventifs et curatifs mieux ciblés. Plusieurs pistes d'intervention existantes permettent de bonifier le sort de ces enfants : l'amélioration de nos processus d'évaluation, l'accompagnement professionnel au moment de l'arrivée de l'enfant dans sa famille et les interventions récurrentes, régulières et intensives. Nous avons aussi constaté qu'un lien d'attachement se construit à travers le temps, il est évolutif avec des aller-retour relationnels. Ce construit dyadique ou systémique laisse émerger un avenir plus prometteur en donnant ainsi l'occasion à un enfant de vivre un processus relationnel meilleur avec un adulte qui n'est pas forcément le donneur de soi principal. Cela ne renforce pas toujours le lien entre le parent et l'enfant. Il y a lieu de préciser qu'un enfant en difficulté d'attachement aura possiblement le privilège de vivre un lien relationnel stable et sain à un autre moment de sa vie. En créant cette possibilité, nous pouvons fournir à un enfant un pronostic plus favorable pour une vie dans un monde hautement relationnel et éviter ainsi, un étiquetage permanent. D'ailleurs, Cyrulnick dans son livre « le merveilleux malheur » nous invite à relativiser la crise et le malheur, car nous sommes tous des candidats en mesure de rebondir.

ANNEXE A

SCHÉMA D'ENTREVUE

Axe 1 : La représentation-conception du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.

- Selon vous, comment vous représentez-vous le phénomène de l'attachement ? (auteurs, discours, concepts, écoles de pensée, référence scientifique, etc)

Axe 2 : Les approches utilisées et le processus d'intervention.

- Selon vous, quelles sont les approches en termes de modalités pour travailler les dimensions de l'attachement ? Et pourquoi ? Identifier les approches que vous privilégiez.
 - Certains intervenants parlent d'inclure l'historicité, qu'en pensez-vous?
 - Est-ce que vous estimez important d'inclure la famille et / ou les parents ? Pourquoi ?

Axe 3 : Les changements observables suite aux interventions.

- À la lumière de votre expérience, pourriez-vous m'indiquer les changements que vous avez observés au plan personnel, familial ?
 - Changement à court, moyen et long terme.
 - Changement au niveau des comportements.
 - Changements au niveau de la relation.
 - Changements au niveau du deuil de la famille biologique.

Axe 4 : Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.

- Quelles sont les pistes d'intervention qu'on devrait privilégier ?
- Quels sont les défis pour le futur ? Pourquoi ?
- Est-ce qu'il y a un réseau social fort ou faible, quels sont vos indicateurs ?
- Certains intervenants parlent de l'impact du tiers absent, qu'en pensez-vous ?
- Certains intervenants disent que les personnes adoptantes devraient être équilibrées, car elles ont été évaluées, qu'en pensez-vous ?
- Certains intervenants ou littératures incluent dans leurs compréhensions que les troubles de l'attachement sont influencés par l'état d'esprit d'attachement du parent ou son style d'attachement. Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que l'état d'esprit du parent va influencer la capacité de l'enfant à s'attacher ?
- Quel est selon vous le pronostic ?
- Quel type d'état d'esprit va influencer négativement la capacité de l'enfant à s'attacher ?
- Quelles sont les pistes d'intervention que vous privilégiez ?

En résumé :

- Y a-t-il des facteurs de protection à privilégier ?
- Y a-t-il des pratiques d'intervention efficaces ?
- Y a-t-il des programmes qui fonctionnent bien ?
- Si vous aviez à faire un programme de prévention, quel serait-il ?
- Selon vous, que se fait-il ailleurs dans le monde et pourrait être importé ?

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Courriel : _____

Profession :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Psychoéducateur | |
| <input type="checkbox"/> Médecin (pédiatrie) | <input type="checkbox"/> Médecin (pédopsychiatre) |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Milieu de travail :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milieu hospitalier | <input type="checkbox"/> CLSC |
| <input type="checkbox"/> Centre Jeunesse | |
| <input type="checkbox"/> Pratique privée | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Ordre professionnel :

- ☐ Je suis membre de : _____
- ☐ Je ne suis pas membre d'un ordre professionnel

Nombre d'années de pratiques : _____

Nombre d'années de pratique avec les problèmes d'attachement : _____

Approches utilisées :

Clientèle

- ☐ Enfant
- ☐ Adolescent
- ☐ Adulte

Type d'intervention

- ☐ Individuelle
- ☐ Familiale
- ☐ Groupale
- ☐ Autre _____

Offrez-vous des services de prévention ou de traitement : _____

Préciser les formations reçues en attachement :

Merci de votre participation,

ANNEXE C

LETTRE D'INFORMATION

a) Invitation à participer au projet de recherche

Théories de l'attachement : Repères pour les intervenants sociaux auprès des familles.

Étudiante : Michèle Ouellet

Maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal.

Directeur de recherche : Amnon Jacob Suissa

Nous sollicitons votre participation à la recherche précitée afin de mieux de comprendre et analyser les influences des diverses théories. D'une part, celles sous-jacentes au concept même de l'attachement et d'autre part, l'influence de ces théories sur les pratiques des intervenants sociaux oeuvrant dans ce contexte. Par cette recherche, nous souhaitons approfondir certains repères théoriques et pratiques en lien avec les théories de l'attachement. À travers les 4 questions suivantes, nous souhaitons mieux saisir les dynamiques dans le processus d'intervention :

1. Comment les intervenants actuels se représentent le phénomène des problèmes d'attachement ?
2. Quelles sont les approches qu'ils privilégient en intervention ?
3. Quels sont les changements observables suite aux interventions ?

4. Considèrent-ils la notion de changement social global au-delà de l'intervention plus ciblée sur le symptôme en question ?

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre plus exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez clarifier. Une réponse avant le _____ serait appréciée.

Tâche

- Votre participation à ce projet de recherche consiste à une entrevue semi-dirigée d'une durée d'une heure à une heure trente minutes enregistrée à l'aide d'un magnétophone (bande sonore) selon le schéma d'entrevue et autour des quatre axes suivants :
 1. La représentation-conception du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.
 2. Les approches utilisées et le processus d'intervention.
 3. Les changements observables suite aux interventions.
 4. Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.

Bénéfices

Cette recherche vous permettra de contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de l'attachement et ses influences sur les dynamiques familiales d'une part, et des enjeux psychosociaux pour les intervenants d'autre part. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera donc

assurée. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé pour l'analyse des résultats. Elles seront détruites après la rédaction du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Michèle Ouellet

pierbe@videotron.ca

514.609.7264 ou 450.652.7264

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Le Sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal » a approuvé le projet de recherche

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec madame Ginette Berteau au 514.987.3000

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'accepte de participer au projet de recherche « Théories de l'attachement : Repères pour les intervenants sociaux auprès des familles », sous la responsabilité de madame Michèle Ouellet, étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal.

Objectifs de la recherche :

Identifier les repères d'intervention et ceux de la pratique des intervenants pour le traitement des enfants ou adolescents présentant un problème d'attachement dans le cadre de l'intervention familiale.

Je comprends que ma participation à ce projet de recherche comporte les engagements suivants :

- La participation à une entrevue semi-dirigée d'une durée d'une heure à une heure trente minutes enregistrée à l'aide d'un magnétophone (bande sonore) selon le schéma d'entrevue suivant :
 1. La représentation-conception du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.
 2. Les approches utilisées et le processus d'intervention.
 3. Les changements observables suite aux interventions.
 4. Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.
- Les informations recueillies pour cette recherche demeurent confidentielles. Seuls les résultats de groupe pourront être rendus publics et les précautions seront prises pour la conservation de l'anonymat.

- La participation permettra un temps d'arrêt, de réflexion et de partage de mon expérience professionnelle.
- La participation est libre et volontaire et mon implication est bénévole. Je suis informé(e) que je peux me retirer à tout moment du processus sans pénalité.
- Les résultats de recherche seront diffusés par le dépôt du mémoire de l'étudiante. Les résultats globaux pourront faire l'objet d'un article scientifique ou d'une conférence dans un colloque.
- Ma participation au sujet de recherche pourra me donner l'occasion de collaborer à l'avancement des connaissances. Je serai d'ailleurs informé(e) des résultats si je le souhaite.

Coordonnées de l'étudiante : Michèle Ouellet, 450.652.7264

Directeur de recherche : Amnon Jacob Suissa, 514.987.3000 # 6317

- Le Sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal » a approuvé la réalisation de ce projet de mémoire sur le plan éthique. Directrice : Ginette Berteau, 514.987.3000 # 7065

Signature du participant

Date

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE CSSS JEANNE-MANCE

J'accepte de participer au projet de recherche « Théories de l'attachement : Repères pour les intervenants sociaux auprès des familles », sous la responsabilité de madame Michèle Ouellet, étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal.

Objectifs de la recherche :

Identifier les repères d'intervention et ceux de la pratique des intervenants pour le traitement des enfants ou adolescents présentant un problème d'attachement dans le cadre de l'intervention familiale.

Je comprends que ma participation à ce projet de recherche comporte les engagements suivants :

- La participation à une entrevue semi-dirigée d'une durée d'une heure à une heure trente minutes enregistrée à l'aide d'un magnétophone (bande sonore) selon le schéma d'entrevue suivant :
 1. La représentation-conception du phénomène de l'attachement auprès des intervenants.
 2. Les approches utilisées et le processus d'intervention.
 3. Les changements observables suite aux interventions.
 4. Les pistes d'intervention à privilégier au plan personnel et social.
- Les informations recueillies pour cette recherche demeurent confidentielles. Seuls les résultats de groupe pourront être rendus publics et les précautions seront prises pour la conservation de l'anonymat.

- La participation permettra un temps d'arrêt, de réflexion et de partage de mon expérience professionnelle.
- La participation est libre et volontaire et mon implication est bénévole. Je suis informé(e) que je peux me retirer à tout moment du processus sans pénalité.
- Les résultats de recherche seront diffusés par le dépôt du mémoire de l'étudiante. Les résultats globaux pourront faire l'objet d'un article scientifique ou d'une conférence dans un colloque.
- Ma participation au sujet de recherche pourra me donner l'occasion de collaborer à l'avancement des connaissances. Je serai d'ailleurs informé(e) des résultats si je le souhaite.

Coordonnées de l'étudiante : Michèle Ouellet, 450.652.7264

Directeur de recherche : Amnon Jacob Suissa, 514.987.3000 # 6317

- Le Sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal » a approuvé la réalisation de ce projet de mémoire sur le plan éthique. Directrice : Ginette Berteau, 514.987.3000 # 7065
- Je suis informée qu'il me sera possible de contacter madame Nadine Mailloux du CSSS Jeanne-Mance au (514) 525-1900, poste 6207 pour toute plainte que je souhaiterais faire à la suite de cette recherche.

Signature du participant

Date

Engagement du chercheurDéclaration de l'intervieweur

Je, **Michèle Ouellet**, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à respecter la confidentialité des propos échangés.

Signature de l'intervieweur :

Fait à :

LE :

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADRIAENSSENS, P. (2000). *Conférence sur les aspects biologiques et psychologiques du trouble de l'attachement*. Journée d'étude Bodems organisé par « Wat Nu ».

AINSWORTH, M. (1978) *Patterns of attachment a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJL. Enibaum. 391 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française, Paris, Masson, 1056p

ANAUT, M. (2002). *Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance*. No 77. 2002/1 . p 101 à 118

ANTIDOTE RX. (2009). *Dictionnaire*. Version 7. Druide informatique inc. Montréal.

ASSEMBLÉE NATIONALE (2009). *Projet de loi. Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Éditeur officiel du Québec. 16 p.

AUSLOOS, G., MONYANAGO, S., PLUYMAEKERS, J., PRUD'HOMME, J (1983). *Démarches systémiques*. Actes de colloque. Centre d'orientation et de réadaptation de Montréal.

AUSLOOS, G. (1994). *La compétence des familles, l'art du thérapeute*, Service social, Presses de l'Université Laval, Québec, Extrait d'une conférence prononcée au congrès de l'Association des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, vol. 43, n° 3, pp. 7-21. ISSN : 0037-2633 (15 pages utilisées).

BASSOUL, J. (2008/2). *Le placement en vue d'adoption. De l'agrément à la coopération*, Informations sociales, No 146, p.66-77. (France)

BÉLIVEAU, M-J ; MOSS, E (2009). *Le rôle joué par les événements stressants sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement*. Revue Européenne de Psychologie Appliquée. Vol 59(1), pp. 47-58

BERGER, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfance*. 2e éd. Paris: Dunod

BERGER M. (1999). *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Éditions Dunod, 160 pages.

BERGER, M. (2005). Conférence lors de la journée : *L'enfant au vécu traumatique*. Montréal.

BERNARD E. (2008), *Application des approches écologique et systémique à la théorie de l'attachement dans le cadre d'un accompagnement psychosocial de parents substitués vivant avec un enfant présentant une problématique d'attachement*. Essai présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en travail social. Montréal. 142 p.

BERNIER A., DOZIER M, (2003). *Bridging the attachment transmission gap : The role of maternal mind-mindedness*. University of Delaware. USA. International Journal of Behavioral Development. 27 (4), 355-365.

BOÉCHAT, H. *L'accès aux origines des enfants adoptés nés de l'étranger. État des lieux dans le monde des enfants privés de famille : Quels sont ces enfants ?* SSI-CIR. 6 p.

BOUTHILLIER, D. (1999). *Validité prédictive de deux approches conceptuelles des schèmes d'attachement adulte en lien avec la régulation des affects négatifs et la qualité relationnelle dans le couple*, Thèse de doctorat, UQAM.

BOUTHILLIER, D. (2007). *Attachement et relation de couple*. Résumé de formation dans le cadre du programme CERFIS en thérapie conjugale et familiale.

BOWLBY, J. (1998). *La séparation, l'angoisse et colère*. PUF. Paris. 557 p.

BRODEUR, N., BERTEAU G. (2007). La réflexion éthique : une dimension essentielle de la pratique en travail social chapitre soumis aux éditeurs du livre « Introduction au travail social », 2ième édition.

BRODZINSKY, D. et al. Anchor Books (1993). *Being Adopted : the Lifelong Search for Self*, New York, Double Day Ed, 214 p.

CAIRN. *Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique*. Volume 49, 2006/2. p. 543-572.

CARIGNAN, M. (2007). *L'adoption au Québec : ni bleue ni rose*. Prisme. No. 46. P. 60-71.

CHAMBORT, A. (2004). *Une intervention théorique pour interroger le quotidien : Foucault et les pratiques de travail social*. Nouvelles Pratiques Sociales. Vol 16 No 2. Presses de l'Université du Québec. Montréal.

CHICOINE J.-F. et Lemieux, J (2007). *Pratiques en adoption internationale : comment franchir le Rubicon américano-européen*. Prisme, L'Adoption, État des lieux, Éd. Du CHU Ste-Justine, p. 130 à 151.

CHICOINE, J-F; GERMAIN P. et LEMIEUX J.. (2003) *L'enfant adopté dans le monde*. Montréal, Éd de l'Hôpital Ste-Justine, 475 p.

COHEN HARLEM, F. *L'adoption d'enfants nés d'ailleurs*, Édition Pascal, France, 2008.

COLLIN, J. et SUISSA, J.A. (2007). *Les multiples facettes de la médicalisation des conditions sociales*. Dans *Médicalisation du social: enjeux et pistes d'intervention*. Sous la direction de Amnon Jacob Suissa et Johanne Collin. Nouvelles Pratiques Sociales. UQÀM.25-33.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et coll. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal. PUM.

COUDURIER J.F. (2005). *À propos du DSM*. Revue Essaim. n° 15. p.22-33.

CÔTÉ, C. Sous la direction de Louise Blanchette. (1999). *Historique de la systémique*. L'approche systémique en santé mentale. P 17-52. Presses de l'Université de Montréal. Montréal.

CRITTENDEN P. (2008). VII. Danger and development: The organization of self-protective strategies. Condensé de formation.

DIAMOND, D., TEOMANS, F. (2008). *La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche*. Santé mentale au Québec. No XXXIII, 1, 61-87.

DANDURANT, R.B. et coll (1995). *Famille, État et structuration d'un champ familial*, Sociologies et sociétés, Vol 28, no 2, Automne 1995, Montréal, p.103-119.

DELAGE, M. (2006). *La famille et les liens d'attachement en thérapie*. Revue Thérapie familiale. Vol. 27. No 3. P 243 à 262.

DE PLAEN, S. (2003). *Attachement et culture : des modèles théoriques à complexifier*. Prisme, No. 41. p.42-57.

DE PLAEN, S. (2004). *Appartenance culturelle et résilience : un processus dynamique*. Prisme, No. 44. p.216-229.

DOZIER M. (2005). *Les interventions portant sur l'attachement et leur impact sur la qualité de l'attachement chez les nourrissons et les jeunes enfants*. Université of Delaware, US.

DUBOIS-COMTOIS K. (2006). *Le développement des modèles internes opérants d'attachement durant la période pré-scolaire : le rôle de l'environnement familial et des échanges parent-enfant*. UQAM. Thèse Doctorat. 138 p.

DUCHESNEAU H., LABASI D. (2008). *Modèle d'intervention clinique en CLSC auprès des familles adoptantes et de leurs enfants*.

DUEHN W. (2007). *Si on faisait autrement...* Méthodes interactives d'évaluation des familles candidates à l'adoption. Prisme, No. 46. L'Adoption, État des lieux, Éd. Du CHU Ste-Justine, p. 72 à 85.

ELKAIM, M. sous la direction de. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Éditions du Seuil. France.

FONAGY, P; STEELE, M; STEELE, H; MORAN, G; HIGGIT, A. (1996). Fantômes dans la chambre d'enfants: Étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. Psychiatrie de l'enfant, XXXIX, 1, 1, p.63 à 83.

FORTIN, M.F., CÔTÉ, J., Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal. Édition Chenelière.

FRAIBERG, S., Elma Adelson et Vivian Shapiro. (1983). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. Psychiatrie de l'enfant, XXVI, 1, 1983. p.57 à 98

GAGNON, C.M. (2004). *L'Odyssée de l'enfant adopté*. Revue Intervention, n° 120, juin 2004. Montréal, p.134 à 141.

GOFFMAN, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Éditions de Minuit. Paris.

GOLDBETER M.E., (2006). Sous la direction de Mony Elkaim, « *Le tiers absent dans le système* », La thérapie familiale en changement, Les Empêcheurs de tourner en rond / Le Seuil, pp 103-109.

GOLDBETER M.E. (2005). *Le deuil impossible, familles et tiers pesants*. Éditions de Boeck, 267 p.

GOUBIER-BOULA, M.-O. *Processus d'attachement et processus d'adoption*. Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence. Volume 53, Issue 5, September 2005, p. 263-271.

GUÉNETTE, F. (2007). *Entretien avec Elisabeth Marquardt. Les parents, c'est n'importe qui ?*. L'Actualité.

HALLET, F. et BEAUFORT, M. (2003). *L'enfant souffrant de troubles de l'attachement*, Pétales, Belgique. 163 p.

HENRY, C ; COURTY, E ; JALENQUES, I. (2006) *Fonction identitaire et place du corps à l'adolescence chez des sujets élevés dans des familles adoptives ou d'accueil*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Paris. Volume 164, issue 5, july 2006, p. 413-418.

HENRIQUET- DUHAMEL, M.C.. MURIEL, M-F, Ed (2005). *Dans le dédale des thérapies familiales*. Édition Érès. France.

HJERN, A., LINDBLAD, F., VINNERLJUNG, B. (2002) *Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden : a cohort study*. The Lancet. Volume 360, number 9331, august 2002. 13 p.

HUGUES, D. (2004). An Attachment-Based Treatment of Maltreated Children and Young People, *Attachment and Human Development*, 6 (3), p. 263-278

JEAN, P., SIMARD, M. (1990) *Adoptions d'enfants plus âgés nés hors Québec*. Centre Jeunesse Montérégie. Pour les intervenants en adoption internationale du Centre de services sociaux Richelieu. Septembre 1990. 18 p.

JELIU G. (2004). *Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention*. Hôpital Ste-Justine, Qc, Prisme, no 44, 84-91.

JODELET, D. (1997). *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, Le psychologue, p. 365.

KAPUSCINSKA, M. (2007). *Une clinique pédopsychiatrique auprès d'enfants adoptés d'âge de latence*. Prisme, No. 46. p. 324-339.

KARSZ, S. (2004). *Pourquoi le travail social? Définition, figures, Clinique*. Paris, Dunod.

K. CHASE STOVALL-McClough, DOZIER, M. (2004). *Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviours during the first 2 months of placement*. Développement and psychopathology, no 16, 253-271

KEREN, M., DOLLBERG, D.G., TYANO, S. (2007). *Répercussions d'un échec de l'adoption. Comment intervenir précocement auprès des parents adoptifs d'enfants gardés en institution*. Prisme, no 46, 258-275.

KEREN, M., TUANO, S. (2005). *A developmental approach: Looking at the specificity of reactions to trauma in Infancy*. Infant Mental Health Unit, Geha Mental Health Center and Tel-Aviv University Sacker Medical School, communication écrite remise lors de la journée: L'enfant au vécu traumatique. Montréal.

LACHANCE, J.F., et coll., SAI, (2000). *Les adoptions internationales au Québec, portrait statistique de 2000*
<http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/download.php?id=212979,76,1,2002>

LALONDE, AUBUT, GRUNBERG ET COLLABORATEURS. (2001) *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*. Tome II. Gaétan Morin Éditeur. Québec.

LAMARRE, S. (1998). *Aider sans nuire*. Éditions Lescop, Canada. 169 p.

LAMOUREUX, A. (1995). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Laval. Études vivantes.

LAMOTTE, F; TOURBEZ, G; FAURE, K; DUVERGER, P. (2007). *Les achoppements de la construction identitaire dans les adoptions internationales*. Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence. Volume 55, issue 7, novembre, p. 381-388.

LAPRISE, M. et coll (2006). *Le nouveau visage de l'adoption internationale*, Laprise, Madeleine et coll. Bulletin de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, no98, Hiver 2006, Montréal, p. 5-9.

LAROCHE, A. (2007). *Le collectif Pas de délinquance et la lutte contre l'approche prédictive de la délinquance en France. Entrevue avec Christine Bellas-Cabane, fondatrice du collectif et co-initiatrice de l'appel en réponse à l'expertise INSERM*. NPS. Vol.19, No.2. p. 13-24.

LAROUSSE (2002). Sous la direction d'Henriette Bloch. *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris. 1062 p.

LE BRETON, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Quadrige / Presses de l'Université de France. Paris.

LE CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Pour chaque jeune, un lien, un lieu pour s'épanouir : Programme d'intervention en abandon*. Direction des services professionnels, Longueuil.

LEFRANÇOIS, R. (1992). *Stratégies de recherche et méthodologie en sciences humaines*. Montréal. PUM.

LEMAY, M. (1999). « Réflexions sur la résilience », dans Poilpot M.-P. et al. *Souffrir, mais se construire*, Toulouse, érès, Fondation pour l'enfance.

LEMIEUX, J. (2002-2006). *L'adoption internationale « Démystifier le rêve pour mieux vivre la réalité »*. Bureau de consultation en adoption de Québec, Le Monde est ailleurs.

LE PETIT ROBERT 1. (1984). *Dictionnaire*. Paris. 2171 p.

LES CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Pour chaque jeune, un lien, un lieu pour s'épanouir : Programme d'intervention en abandon*. Le Centre Jeunesse de la Montérégie. 75 p.

LESSARD, M. (2008). *Exploration des liens entre le stress parental et la qualité de la relation d'attachement père-enfant*. Université de Sherbrooke. 85 p.

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (2006). L.R.Q. c. P-34.1, modifiée par 2006 L.Q.c.34 (projet de loi no 125), adopté le 15 juin 2006.

LUPIEN, S. et al. (2009). *Effects of stress throughout lifespan on the brain, behaviour and cognition*. Nature Reviews Neuroscience 10. P.434-445

MASSICOTTE, D. et MASSICOTTE, D. (2007). *L'adoption tardive : une expérience vécue*. Prisme, No. 46. p. 340-347.

MAYER, R., OUELLET, F. (1991). *Méthode de recherche pour les intervenants sociaux*. Gaëtan Morin Éditeur. 537 p.

MAYER, R. et coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville. Éditions Gaëtan Morin.

MEAD, G.H. (1963). *L'esprit, le soi, la société*. Presses de l'Université de France, Paris.

MIGNEAULT, C. (2005). *Interactions parent/enfant, maintien de la culture d'origine et développement cognitif et moteur d'enfants de l'adoption internationale au Québec*. Thèse de doctorat. UQAM.

MIGNEAULT, C. et coll. (2007). *Développement cognitif et moteur d'enfants de l'adoption internationale : une étude longitudinale*. Prisme, No. 46. p. 86-95.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Cadre de référence, Québec

MINUCHIN, S. (1979). *Familles en thérapie*. Montréal : Ed. France-Amérique, 281p.

MORVAL, M. (1985). *Psychologie de la famille*. Presses de l'université de Montréal. 168 p.

MOSS, E. (2005) *Processus psychologique et évaluation. Approche développementale. Entrevue sur attachement adulte*. Département de psychologie. UQAM. Cours 11 et 14.

MOSS, E et CARDINAL G. (2006). *Évaluation d'un programme d'intervention en attachement auprès d'enfants placés en banque mixte*. Université du Québec à Montréal. Département de psychologie.

MOSS, E. et coll. (2009). *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif des enfants placés en famille d'accueil*. UQAM. 61p.

MOREAU, N., VINIT, F. (2007). *Empreintes du corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation*. NPS. Vol. 19, No. 2. P. 34-45.

NADEAU, N. (2007). *L'adoption internationale serait-il le meilleur intérêt de l'enfant?* Prisme, L'Adoption, État des lieux, Éd. Du CHU Ste-Justine, p. 200 à 213.

NOEL, L. (2003). *Nous m'attache, nous nous attachons : le lien entre un enfant et ses parents*. Sciences et cultures, Montréal, 270p.

OPTSQ (2004). *L'évaluation psychosociale et la profession de travailleur social*. 17p.

OPTSQ (2010). *Guide de pratique pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes familiaux et conjugaux qui exercent en adoption internationale*. Montréal. 34p.

OUELLETTE, F.R. (2000). *L'adoption, entre la protection de l'enfant et le projet parental* Lien social et politique. Numéro 44, p 51-61.
<http://id.erudit.org/iderudit/005211ar>

OUELLETTE, F.R., MÉTHOT, C. (2003). *Les références identitaires des enfants adoptés à l'étranger : entre rupture et continuité*. INRS. Culture et Société. Nouvelles pratiques sociales. Volume 16, numéro 1, 10 p.
<http://www.erudit.org/revue/nps/2003/v16/n1/009631ar.html>

OUELLETTE, F.R., BELLEAU, H. (1999). *L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger : recension des écrits*. INRS. Culture et société. Institut national de la recherche scientifique. Université du Québec. 204 p.

OUELLETTE, F.R. (2007). *Les nouveaux usages sociaux de l'adoption*.

OUELLETTE, F.R. (2007). *Les nouveaux usages sociaux de l'adoption*. L'adoption, état des lieux. Prisme, No. 46. p. 152-160.

OUELLETTE, F.R. (2003). *L'enfant adopté et la question de la filiation*. Prisme, No. 41. p.28-41.

OUELLETTE, F.R. (1992). *L'évaluation professionnelle des demande d'adoption : la composante affective et l'approche biographique*. Revue internationale d'action communautaire, numéro 27, printemps 1992, pp.119 à 127.

OUELLETTE F.R., COLLARD, C., LAVALLÉE, C. (2006). *Quelques enjeux normatifs des nouvelles réalités de l'adoption internationale*. *Enfances, Familles, Générations*, No 5, Automne 2006, 22 p.

PALLANCA D. (2008). *Les caractéristiques des mères d'accueil et leur niveau de sensibilité maternelle dans le développement d'une nouvelle relation d'attachement chez les enfants placés*. UQAM. Thèse de doctorat. 148 p.

PAQUETTE, D., SAINT-ANTOINE, M., et PROVOST, N. (2000). *Formation sur l'attachement : Guide à l'usage du formateur Montréal*. Montréal : L'Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

PARAZELLI, M et coll. (2003). *Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques*. *Nouvelles Pratiques sociales*. Volume 50, no. 1. P. 81-121.

PARAZELLI, M. et DESSUREAULT, S. (2010). *Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité*. *Les politiques sociales*. No 1 et 2. P. 13-26.

PARAZELLI, M. (2002). *Pistes de réflexion pour amorcer un débat sur la question interculturelle et la théorie de l'attachement*. Texte inédit présenté au Forum Abandon. Montréal : UQAM.

PEZZOT-PEARCE, T.D., PEARCE J. (2004). *Parenting Assessments in child Welfare*. A practical guide. University of Toronto Press. 398 p.

POUPART, J. et coll. (1998). *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*. Gaëtan Morin Éditeur. 249 p.

POUPART, J. et coll. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville. Gaëtan Morin Éditeur.

RIOUX, L. (2009). *Les dimensions spatiales et culturelles de la marginalité. Une approche psychosociologique*. 6 p.
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers4/010017379.pdf

RYGAARD, N.P. (2005). *L'enfant abandonné. Guide de traitement des troubles de l'attachement*. De Boeck Université. Bruxelles. 272 p.

S.A.F.E. Program, Consortium for Children, California, 2008, 64 p.
www.consortforkids.org www.SAFEmomestudy.org

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité – Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an, l'attachement au cœur du développement du nourrisson*. Québec.

SANZANA, A., SCHMID-KITSIKIS, E. (1995). *La présence des absents : les mouvements identificatoires d'un enfant adopté*. Psychiatrie de l'enfant. Volume 38, Issue 1, p. 69-107.

SAVIER, L. (1990). *De sœurs, des frères*. Éditions Autrement, France.

SCHACHTER, M (1980). *L'enfant adopté et ses problèmes, point de vue pédopsychiatrique*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Paris. Volume 138, issue 10, P. 1181-1197.

SINDI, S. (2011). *Soin maternel et génétique et stress : un impact sur la réactivité au stress ? Profil d'un chercheur, Dr Michael J. Meaney*. Mammouth Magazine. No.9. 8 p.

ST-ANDRÉ M. (2007). *Gestation psychique et parcours d'adoptant*, Prisme, L'Adoption, État des lieux, Éd. Du CHU Ste-Justine, p. 236 à 247.

ST-ANTOINE M. (2008). *Les principes généraux de traitement des enfants en trouble d'attachement. Application à l'école*. Document remis dans le cadre d'une journée clinique. 12 p.

ST-ANTOINE M. (2008). *Journée clinique sur le traitement des troubles de l'attachement*. Montréal.

ST-ANTOINE, M. (2006). *Les troubles de l'attachement*.
<http://www.lenfantdabord.org/opinion-specialistes/troubles-attachement.html>

ST-ANTOINE, M., RAINVILLE, S. (2004). *Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic*. Prisme, no.44, 230-247.

SATIR, V. (1982). *Thérapie de couple et de la famille*. Thérapie familiale. EPI éditeurs. Paris.

SELLENET, C. (2005-2006). *Recherche sur les enfants adoptés en difficulté*. Volume 1 et 11. Direction générale de l'action sociale du Ministère français des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Centre de recherches éducation-culture. France.

STEINHAUER, P. (1996). *Le moindre mal: la question du placement de l'enfant*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 463 p.

SUISSA, AJ. 2000. Principes d'évaluation et d'intervention avec les familles. In sous la direction de Deslauriers, J.P. et Hurtubise Y. *Introduction au travail social*. Laval : Presses universitaires de Laval, p. 117-151.

SUISSA, J.A. (2007). *Dépendances et médicalisations: repères et enjeux psychosociaux*. Dans *Médicalisation du social: enjeux et pistes d'intervention*. Sous la direction de Amnon Jacob Suissa et Johanne Collin. *Nouvelles Pratiques Sociales*. UQÀM. 92-110.

SUISSA, A.J. et BÉLANGER, A. (2001). *Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux*. NPS. Vol. 14, No. 1. p. 132-152.

TESSIER R. et coll, (2004). *L'adoption internationale au Québec de 1985-2002*, <http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/download.php?id=359242,30,1>

TOURAINÉ, A. (1984). *Le retour de l'acteur*. Paris, Fayard. 341 p.

TURCOTTE, D., LINDSAY, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*. Gaëtan Morin Éditeur. 276 p.

VACHON J. (2004). *À propos de la formation de base des professionnels*. Hôpital Ste-Justine, Qc, Prisme, no 44, 42-47.

WAKEFIELD J. (2006). *Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable*. Société de philosophie du Québec. Volume 33, numéro 1, Printemps 2006, p. 37-63.

WATZLAWICK, P. (2000). *Stratégie de thérapie brève*. Paris. Éditions du Seuil.

ZEANAH, C.H., BENOIT, D. (1995). *Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 4. P.539-554.